



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for Det helsevitenskaplige fakultetet

Kan en erfaren lege gjennom å se video av lege- pasientkonsultasjoner trekke valide slutninger vedrørende deltakernes opplevelser?

Medisinstudent **Katrine Steffensen, MK-13**

Veileder **Eirik Hugaas Ofstad**

Masteroppgave i profesjonsstudiet i medisin (MED-3950), Bodø mai 2018



Innholdsfortegnelse

1	Resymé	1
2	Ordliste og forkortelser	2
3	Bakgrunn	3
3.1	Pasienttilfredshet og spørreskjema	3
3.2	Kommunikasjonstrening	4
3.3	Begrensninger ved bruk av ekte pasienter	5
3.4	Analoge pasienter og leger.....	6
3.5	Formålet med studien.....	7
4	Materiale og metode.....	8
4.1	Studiepopulasjonen.....	8
4.1.1	Leger.....	8
4.1.2	Pasienter.....	8
4.1.3	Konsultasjoner.....	8
4.2	Spørreskjema.....	9
4.2.1	Skjema om pasientens følelser	9
4.2.2	Legens skjema	9
4.2.3	Pasientens skjema	10
4.3	Observasjon av videokonsultasjoner.....	10
4.4	Statistiske metoder/dataanalyse	11
4.4.1	Definisjon av variabler	11
4.4.2	Hvordan avgjøre om det er samsvar?	12
4.4.3	Fortolkning av Cohens kappas	13
4.5	Arbeidsprosessen	13
4.6	Status for formelle søknader/godkjenninger.....	13
5	Resultater.....	14
5.1	Skjema om pasientens følelser.....	14
5.2	Legens skjema.....	15
5.3	Pasientens skjema	16
6	Diskusjon.....	18
6.1	Sterke sider ved oppgaven	22
6.2	Svake sider ved oppgaven.....	22
7	Konklusjon	25
8	Referanser/litteraturliste.....	26

9	Tabeller.....	30
10	Figurer.....	38
	Vedlegg 1.....	40
	Vedlegg 2.....	41
	Vedlegg 3.....	42
	Vedlegg 4.....	44
	Vedlegg 5.....	51
	Vedlegg 6.....	56
	Vedlegg 7.....	62
	Grade-evaluering.....	63

Forord

Arbeidet med denne oppgaven startet i oktober 2016 da man skulle velge prosjekt og levere inn prosjektbeskrivelse. Da jeg ikke hadde en klar formening om hva jeg ville skrive om, undersøkte jeg hvilke oppgaver som ble presentert i prosjektkatalogen som ble lagt ut. Valget falt på en oppgave som handlet om kommunikasjon og bruk av videokonsultasjoner. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om en erfaren lege gjennom å se video av lege-pasientkonsultasjoner kan trekke valide slutninger vedrørende deltakernes opplevelser.

Gjennom faget Profesjonell kompetanse (PROFKOM) har vi som medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø hatt trening i kommunikasjon og gjennom flere år vurdert hverandres konsultasjoner ved å se videoopptak av hverandre med både ekte og uekte pasienter. Med dette som bakgrunn var jeg interessert i å vite mer om hvor mye man faktisk kunne si om en konsultasjon, bare ved å se videoen av en.

Jeg tok kontakt med faglig ansvarlig for tilbudet, Eirik Hugaas Ofstad, konstituert overlege ved NLSH Bodø, og ga uttrykk for at jeg ønsket å jobbe med dette prosjektet. Jeg var heldig og fikk ja og arbeidet med oppgaven kunne begynne. Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Eirik Hugaas Ofstad for godt samarbeid i tidsperioden fra høsten 2016 til våren 2018. Ofstad har fungert som min eneste veileder for denne oppgaven. Siden starten har jeg fått god veiledning både på kontoret, per telefon og ikke minst på mail. Veileder har alltid vært tilgjengelig for meg og gitt meg gode råd dersom jeg har stått fast. Ikke minst har han vært oppmuntrende og positiv under hele prosessen. Jeg setter stor pris på alle gode tilbakemeldinger og hjelp jeg har fått med å ferdigstille oppgaven. Jeg ønsker også å rette en stor takk til Tom Wilsgaard som har tatt seg tid til å gi god veiledning i forbindelse med statistisk analysing av data.

Dette har vært en lærerik, til tider utfordrende, men spennende prosess. Jeg tar med meg masse ny kunnskap som uten tvil vil komme godt med i tiden framover.

Katrine Steffensen, mai 2018

1 Resymé

Bakgrunn: Effektiv kommunikasjon er viktig for å bygge et terapeutisk lege-pasientforhold og fordelene med god kommunikasjon er mange, både for lege og pasient. Når man lager studier som skal undersøke kommunikasjonen mellom lege og pasient vil det ikke alltid være etisk riktig eller praktisk mulig å benytte seg av virkelige pasienter. Da kan man bruke analoge pasienter. Dette er gjerne utrente observatører som har fått i oppgave å vurdere en videokonsultasjon, mens han eller hun skal forestille seg å være i pasientens situasjon. Studier har også diskutert bruk av analoge leger.

Problemstilling og formål: Formålet med oppgaven er å kunne gi svar på om en erfaren lege kan trekke valide slutninger om opplevelsene til deltakerne i en lege-pasientkonsultasjon, gjennom å se video av konsultasjonene deres.

Materiale og metode: En observatør med fem års erfaring som sykehuslege har vurdert 372 videokonsultasjoner hvor lege og pasient har besvart totalt tre spørreskjemaer. Datamaterialet er hentet fra en randomisert kontrollert studie. Observatør har forsøkt å få et helhetsinntrykk av hvordan konsultasjonen gikk og deretter forsøkt å fylle ut de samme skjemaene som legene og pasientene fikk utdelt, fra deres ståsted. Utrekning av samsvar mellom observatør-lege og observatør-pasient ble gjort ved bruk av prosentvis samsvar og Cohens lineær vektete kappa (K).

Resultater: Ingen spørsmål hadde godt samsvar ut over tilfeldigheter ($K \geq 0.7$). Ett spørsmål rettet mot pasientene skilte seg best ut med en K på 0.699 ("Kjente du legen fra tidligere?"). Ellers hadde alle andre spørsmål, unntatt ett, relativt lavt samsvar utover tilfeldighet med en kappa under 0.3. Dette til tross for mange spørsmål med høyt prosentvis samsvar.

Konklusjon: For hele datamaterialet vårt er prosentvis samsvar relativt godt. Likevel er kappa-statistikk for de samme variablene, som kontrollerer for tilfeldigheter, for lave til at vi kan si at det er godt samsvar mellom observatør og henholdsvis legene og pasientene. Disse funn indikerer dermed at dette ikke er en reliabel eller valid metode for å si at en erfaren lege kan trekke valide slutninger om opplevelsene til deltakerne i en lege-pasientkonsultasjon, gjennom å se video av konsultasjonen deres. Denne studien kan være et godt utgangspunkt for en liknende studie med samme problemstilling, hvor man kan gjøre visse endringer i materiale/metode i et forsøk på å eliminere de statistiske begrensningene vi trolig opplevde i vår studie.

2 Ordliste og forkortelser

4HPQ	Four Habits Patient Questionnaire
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CI	Konfidensintervall
Mean	Gjennomsnitt
OPEQ	OutPatient Experiences Questionnaire
PANAS	Positive Affect Negative Affect Scale
SD	Standardavvik

3 Bakgrunn

Effektiv kommunikasjon står helt sentralt når det gjelder å bygge et terapeutisk lege-pasientforhold. Fordelene med god og effektiv kommunikasjon er mange, både for pasienten og legen. Pasienter som rapporterer at de har god kommunikasjon med legen sin vil i større grad være fornøyd med helsehjelpen de mottar. (1-3) De vil følge legens råd og anbefalinger oftere og ha bedre etterlevelse når det gjelder gjennomføring av behandling. (1-5) Effektiv kommunikasjon kan også bidra til at man får frem mer informasjon fra pasienten som kan føre til mer presis og bedre diagnostikk. (1,3) Fornøyde pasienter er også en stor fordel når det gjelder legens arbeidshverdag. Det vil kunne medføre en større mestringsfølelse for legen og mindre jobbrelatert stress. (3) Dersom kommunikasjonen mellom lege og pasient er dårlig kan det resultere i manglende forståelse fra pasientens side når det gjelder formål med behandling, prognose eller pasientens mente egeninnsats i behandlingen. (6) De fleste klager som er rettet mot leger er relatert til kommunikasjon, ikke klinisk kunnskap. (7)

3.1 Pasienttilfredshet og spørreskjema

De siste 20 årene har det vært et økt fokus på pasienttilfredshet. Tilbakemelding fra pasienter har blitt benyttet i et forsøk på å øke kvaliteten på helsehjelpen som tilbys. En av de mest benyttede metodene for å måle pasienttilfredshet er standardiserte spørreskjema. (8) Spørreundersøkelser har flere ganger vist at pasienter ønsker en bedre kommunikasjon mellom seg selv og legen sin. (7)

Det er utviklet mange ulike spørreskjema for å avdekke pasientenes synspunkt og nivå av tilfredshet. Det finnes spørreskjema som er laget av private leverandører. Disse er vanligvis ikke publisert, som gjør at deres reliabilitet og validitet ikke er kjent. I tillegg finnes det svært mange publiserte og standardiserte spørreskjema, som for eksempel Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS). (8) Disse har høy reliabilitet og validitet. Det finnes også spørreskjema som er laget internt for en bestemt studie eller som tar i bruk spørsmål fra andre eksisterende skjema. (8)

PANAS står for "Positive Affect Negative Affect Scale" og er et spørreskjema som ble utviklet i 1988 av forskere Watson, Clark og Tellegen. (9) De utviklet PANAS i et forsøk på å skape et tydelig spørreskjema for pasientene for måling av positive og negative følelser eller

affekt, som både hadde høy reliabilitet og validitet. De endte opp med et skjema som bestod av 20 følelser, hvor 10 var positive og 10 var negative. (10) Siden da har PANAS blitt et anerkjent skjema som er brukt i flere studier. (9,11).

OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ) er et spørreskjema som besvares ved selvutfylling og ble laget for å avdekke pasientopplevelsen til polikliniske pasienter. Det skulle være konkret og lett håndterbart, og samtidig ha høy reliabilitet og validitet. Utviklerne utførte litteratursøk hvor de så etter studier som fikk frem pasienter og helsepersonell sitt perspektiv på helsehjelp. De baserte spørsmålene sine på hva de fant i litteratursøket. Spørreskjemaet ble deretter testet på polikliniske pasienter ved 52 norske sykehus. Det endte opp med å bestå av 26 spørsmål som kunne deles inn i tre hovedområder: kommunikasjon, organisasjon og klinisk tilgang. Resultater viste at skjemaet har god reliabilitet og validitet og kan brukes på polikliniske pasienter i Norge. (12)

3.2 Kommunikasjonstrening

Leger kan lære seg å bli bedre i kommunikasjon gjennom trening. Kommunikasjonstrening har vist seg å være nyttig for både medisinstudenter og ferdig utdannede leger, særlig dersom deltakerne får tilbakemelding på kommunikasjonsferdighetene sine i ettertid. (13) Studier viser i tillegg at det er mer effektivt å lære gjennom å forsøke selv, såkalt ”learning by doing”, enn å lære gjennom instruksjoner fra andre. (14)

I et forsøk på å bedre den kliniske kommunikasjonen mellom lege og pasient har det blitt utviklet flere anerkjente kommunikasjonsmodeller. I 1996 utviklet Frankel og Stein en modell som het Four Habits. (15) Denne modellen var basert på fire gode vaner som legen kunne lære seg for å sikre god klinisk kommunikasjon. Målene med Four Habits modellen var å lære legene å etablere tillit, formidle informasjon på en mer effektiv måte, vise omsorg og omtanke for pasienten, samt øke nivået av etterlevelse hos pasienten og påvirke utfallet av helsen deres på en positiv måte. De fire gode vanene var som følger; invester i begynnelsen (vane 1), få frem pasientens perspektiv (vane 2), vis empati (vane 3) og invester i slutten for å gi tilstrekkelig informasjon og avslutning på konsultasjonen (vane 4). (15) De implementerte denne modellen i et treningsprogram for Kaiser Permanente, en av de største helseorganisasjonene i USA. Treningen ble godt mottatt av legene som deltok og resultater fra observasjonsstudier viste i ettertid at denne treningen hadde hatt en positiv effekt på

pasienttilfredshet. (16)

Filming av konsultasjoner mellom lege og pasient har i dag blitt en etablert metode for å analysere og utforske lege-pasient forholdet. Bruken av videokonsultasjoner startet på slutten av 1970-tallet og siden da har hjelpemiddelet blitt brukt, ikke bare i kommunikasjonstrening, men også for å studere andre aspekter ved konsultasjonen. (17) Studier har blant annet benyttet seg av video for å analysere beslutningstakingsprosesser mellom lege og pasient, vurdere den nonverbale kommunikasjon som påvirker avgjørelsene til de deltakende parter, undersøke faktorer som leder til misforståelser eller uenigheter, samt analysere pasienters respons på spesifikk oppførsel fra legen. (18)

Bruk av video for å analysere konsultasjoner kan gi mer informasjon enn direkte observasjon alene. Direkte observasjon kan gjøre det vanskelig for forskere å fange opp alle detaljer i en ”live” setting, særlig dersom de ulike momentene man ønsker å vurdere skjer samtidig. Når man filmer en klinisk konsultasjon får man lagret mye informasjon som kan vurderes og analyseres over tid, man kan se tilbake på hendelser flere ganger og enten få bekreftet eller avkreftet tanker om konsultasjonen ved å gjenoppleve den på nytt. (18) Video gir også mulighet for at en tredjepart, en observatør, kan gi tilbakemelding til legen på hvordan konsultasjonen gikk, uten å behøve å være tilstede under den faktiske konsultasjonen. Ved å bruke en observatør kan man få en objektiv mening fra en ikke-deltakende part om både legens og pasientens følelser, reaksjoner og væremåte.

Ved å bruke video i stedet for direkte observasjon kan man også fjerne den såkalte Hawthorneeffekten, nemlig at det å bli undersøkt i seg selv frembringer atferdsendringer. Studier har nemlig vist at bruk av video påvirker deltakernes adferd i mindre grad enn en menneskelig observatør gjør. (7,18)

3.3 Begrensninger ved bruk av ekte pasienter

Når man undersøker lege-pasient forholdet og dets aspekter vil det i enkelte situasjoner kanskje ikke være etisk riktig eller praktisk mulig å benytte seg av virkelige pasienter. Det kan være vanskelig å argumentere mot bruken av en autentisk setting når man skal utføre observasjons- eller eksperimentelle studier, men simulering kan ha sine fordeler. Dersom man skal undersøke bestemte deler av en konsultasjon kan det hende man må å ta i bruk ulike

metoder for å få frem det man ønsker å se nærmere på. Dersom denne metoden forstyrrer den virkelige settingen på en negativ måte, kan den bidra til unødvendig psykisk stress hos en ekte pasient. Enkelte aspekter ved konsultasjonen kan også være praktisk vanskelig å undersøke når man bruker ekte pasienter, særlig dersom man vil fange opp situasjoner som opptrer sjeldent i naturlige konsultasjoner. Dette kan for eksempel være en leges formidling til en pasient om en medisinsk feil som er begått. Slik kommunikasjon opptrer sjeldent i vanlige konsultasjoner og det vil ikke være etisk riktig å manipulere en ekte setting for å få dette frem. (19)

3.4 Analoge pasienter og leger

Dersom bruk av virkelige pasienter ikke er aktuelt i en studie kan man benytte seg av såkalte analoge pasienter. Analoge pasienter er vanligvis utrente observatører som har fått i oppgave å vurdere en konsultasjon mellom lege og pasient, mens han eller hun forsøker å forestille seg å være i pasientens situasjon. (20-22)

I faget Profesjonell kompetanse (PROFKOM) lærer medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø hvordan man kan bedre kommunikasjonsferdighetene sine. Gjennom observasjon av egne og andres videokonsultasjoner, kan man motta og gi tilbakemeldinger på kommunikasjonen mellom student og pasient. Dette er et fag som strekker seg fra 1. til 6. studieår, hvor både ekte og uekte pasienter blir inkludert. Dersom det ikke har vært tilstrekkelig antall virkelige pasienter, eller det har vært utfordrende å få pasienter til å stille opp, har man tatt i bruk medstudenter som skuespillere. Studenter har da inntatt en rolle som en pasient og fått mulighet til å gi konstruktiv kritikk tilbake til studenten som inntok rollen som lege.

Teori fra nevrokognitive studier støtter bruken av analoge pasienter (22). Disse studiene har vist at hjernens speilnevroner aktiveres når en bestemt handling utføres eller observeres. De danner grunnlaget for empati, da de er sentrale når det gjelder å forstå andres følelser. Dette gjør at mennesker har evne til å sette seg inn i en annens persons situasjon og dermed forstå andres ståsted. Enkelte onkologiske studier har benyttet seg av studiepopulasjoner som inkluderte både ekte og analoge pasienter om hverandre. Disse studiene viste at meningene til de to gruppene overlappet, altså at friske analoge pasienter hadde evnen til å sette seg inn i situasjonen til kreftpasienter. (22)

Leger kan også rekrutteres for å fungere som analoge leger. Dette kan gjøres dersom det er praktisk vanskelig å utføre studier med pasientens opprinnelige lege. Leger kan da, gjennom rollespill, fungere som proxier for kliniske beslutningstakingsprosesser og profesjonell oppførsel under eksperimentelle manipulerte situasjoner og hendelser. (19)

3.5 Formålet med studien

Flere studier har undersøkt hvorvidt det går an å bruke analoge pasienter for å erstatte virkelige pasienter i analyse av lege-pasient-forholdet, men det er få i forhold til andre forskningsområder, og vi finner ingen som er utført her i Norge. Det er også få studier som har undersøkt hvorvidt man kan bruke analoge leger i analyse av kommunikasjon og lege-pasient-forholdet.

Dermed har vi forsøkt å lage en egen studie som tar for seg en observatørs evne til å fungere som både analog pasient og analog lege. Formålet med oppgaven er å kunne gi svar på om en erfaren lege kan trekke valide slutninger om opplevelsene til deltakerne i en lege-pasientkonsultasjon, gjennom å se video av konsultasjonene deres. Nærmere spesifisert: Kan en sykehuslege med fem års erfaring ved å se på videoer forstå personene på videoen godt nok til å fylle ut spørreskjemaene de har fylt ut slik at de samsvarer? I så fall; hva er det som samsvarer og hva samsvarer ikke?

4 Materiale og metode

Datamaterialet som skal analyseres er hentet fra en randomisert kontrollert studie (RCT) gjennomført i 2007-2008 (14) der sykehusleger på et større sykehus i Norge ble trent i kommunikasjonsferdigheter. For å vurdere effekten av treningen ble totalt 500 lege-pasient-konsultasjoner videofilmet. For 380 av lege-pasientmøtene har både lege og pasient gitt tillatelse til at videoene brukes til ytterligere studier frem til 2020.

4.1 Studiepopulasjonen

4.1.1 Leger

Legene ble tilfeldig trukket ut fra et utvalg på 249 leger på sykehuset. Av disse ble 103 spurt om å bli med i studien, hvorav 72 takket ja. En av legene måtte trekke seg slik at totalt 71 gjensto. 58 av legene ga utvidet samtykket til å studere deres videoer i øvrige kommunikasjonsstudier til og med 2020. Det er disse 58 legene som utgjør legene i vårt materiale. Legene i studien representerte alle kliniske spesialiteter, med unntak av psykiatri, revmatologi, øyesykdommer og nevrokirurgi.

4.1.2 Pasienter

Pasientene som ble spurt om å delta i studien var virkelige pasienter som ble behandlet på sykehuset og skulle ha konsultasjoner med legene som hadde takket ja til å være med i studien. Pasientene ble spurt forut for konsultasjoner om de ønsket å delta. Dersom pasienten takket ja, ville konsultasjonen med legen bli videofilmet og pasientene fylte så ut spørreskjema før og etter konsultasjonen.

4.1.3 Konsultasjoner

Videokonsultasjoner ble utført både på sengepost, poliklinikk og i akuttmottaket. Pasienter ble også filmet under undersøkelser som ekkokardiografi, arbeids-EKG og pacemakerkontroll. Pasienten måtte skrive under på et samtykkeskjema rett etter å ha blitt filmet. Innen 24 timer ble alle pasienter som hadde takket ja til å delta, kontaktet på ny for å svare enten ja eller nei til om de fortsatt ønsket å delta i studien. (23)

4.2 Spørreskjema

Datamaterialet vårt består av 372 videofilmede konsultasjoner og spørreskjemaene fylt ut av lege og pasient i tilslutning til konsultasjonene. Disse spørreskjemaene er enten utviklet av eller tilpasset av forfatterne bak denne studien og forklares i detalj nedenfor.

4.2.1 Skjema om pasientens følelser

I hver konsultasjon fikk pasientene utdelt hvert sitt spørreskjema angående egne følelser som inneholdt 25 spørsmål (Vedlegg 1). I dette skjemaet var 20 av spørsmålene (interessert, bekymret, anspent, oppskaket, sterk, inspirert, nervøs, oppmerksom, skremt, fiendtlig, entusiastisk, stolt, irritabel, årvåken, skamfull, livlig, aktiv, redd, målbevisst, skyldbetyngt) basert på PANAS. Det ble lagt til 5 ekstra spørsmål (glad, trygg, sløv, sint, trist), som resulterte i et spørreskjema med 12 positive følelser og 13 negative følelser. Spørsmålene kunne besvares med en Likert-skala som målte i hvor stor grad pasientene følte disse følelsene. De kunne besvares med fem alternativer (svært lite eller ikke i det hele tatt, litt, moderat, en god del, ekstremt (svært mye)). (11)

4.2.2 Legens skjema

Legene som deltok i studien fikk utdelt et liknende spørreskjema som var to-delt (Vedlegg 2), hvor de først skulle vurdere hvordan pasienten følte seg under konsultasjonen og deretter besvare spørsmål om hvordan de selv følte seg etter konsultasjonen var ferdig. De ble spurt om å vurdere 6 følelser som pasienten kunne hatt, 6 følelser de selv kunne hatt (henholdsvis sint, anspent, tilfreds, munter, skuffet, lettet) og deretter skulle de vurdere 11 andre aspekter ved konsultasjonen de nettopp hadde vært med på. Alle spørsmålene i skjemaet kunne besvares med en Likert-skala med fem alternativer (meget enig, enig, usikker, uenig, meget uenig).

4.2.3 Pasientens skjema

I tillegg fikk hver pasient utdelt et spørreskjema angående legens kommunikasjonsferdigheter (Vedlegg 3). Dette spørreskjemaet var to-delt og baserte seg på to forskjellige spørreskjemaer/metoder, henholdsvis Four Habits Patient Questionnaire (4HPQ) og OPEQ. 4HPQ er et spørreskjema som er basert på Four Habits modellen og som ble utviklet av forfatterne bak studien hvor vi har hentet datamaterialet vårt fra. Skjemaet inneholder totalt 15 spørsmål som kan besvares med en Likert-skala hvor det er fire svaralternativer (ja, absolutt – ja, i noen grad – nei, ikke noe særlig – nei, absolutt ikke). De 15 spørsmålene i spørreskjemaet dekket de fire vanene som Four Habits modellen er basert på; fire spørsmål var basert på vane 1, to spørsmål var basert på vane 2, tre spørsmål var basert på vane 3 og seks spørsmål var basert på vane 4. (14)

Seks av de 24 spørsmålene i OPEQ er relatert til legers kommunikasjon og disse seks spørsmålene ble dermed inkludert i dette spørreskjemaet. De 6 spørsmålene kunne besvares med en Likert-skala med fem svaralternativer (ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad). I tillegg skulle pasientene besvare hvor tilfredse de var med konsultasjonen på en skala fra 0-10, basert på CAHPS. (14) Pasientene skulle også besvare hvorvidt de kjente legen fra tidligere med en Likert-skala hvor det var tre svaralternativ (ja, godt – ja, litt – nei).

4.3 Observasjon av videokonsultasjoner

En lege med 5 års erfaring fra sykehus har observert og vurdert 372 av disse konsultasjonene. Vedkommende har under observasjonen forsøkt å få frem et helhetsinntrykk av hvordan konsultasjonen gikk og deretter forsøkt å fylle ut skjemaene fra pasientens og legens ståsted. Når det gjelder hvilke kriterier observatør la til grunn for sin vurdering så vedkommende på både verbale og non-verbale aspekter av videoen; gikk konsultasjonen bra eller dårlig - og kom det frem noen følelser hos pasienten eller legen underveis. Observatør forsøkte å sette seg inn i pasienten og legens situasjon etter å ha observert interaksjonen dem i mellom og forsøkt å vurdere følgende etter å ha sett videokonsultasjonen:

1. Pasientens følelser i etterkant av konsultasjonen
2. Pasientens fornøydhetsgrad etter konsultasjonen
3. Pasientens kjennskap til legen fra tidligere

4. Pasientens vurdering av legens kommunikasjon
5. Legens følelser i etterkant av konsultasjonen
6. Legens vurdering av pasientens følelser under/mot slutten av konsultasjonen

4.4 Statistiske metoder/dataanalyse

Jeg fikk tilsendt datamaterialet fra den opprinnelige studien i form av en excel-fil der hver konsultasjon hadde et eget ID-nummer (totalt 380 konsultasjoner). Jeg fikk også tilsendt datamaterialet fra observatøren med hans gjetninger hvor konsultasjonene hadde samme ID-nummer (totalt 372 konsultasjoner). Jeg fjernet de tilfellene som ikke var blitt vurdert av observatør slik at det gjenstod totalt 372 ID-nummer. Hvert spørsmål i alle tre spørreskjemaer var omgjort til en egen variabel hvor svarene var kodet med tall etter antall svaralternativ. Jeg plukket ut de variablene som skulle sammenliknes og satte disse sammen i en egen fil. Det ble laget en kodebok og alle variablene ble tildelt et unikt navn som gjorde at de samsvarte med kriteriene for SPSS Statistics. Datafilen ble så lagt inn i programmet SPSS Statistics versjon 23 for Mac for videre analyse. Alle tabeller som er fremstilt er laget i Microsoft Word og alle figurer er laget i Microsoft Excel.

4.4.1 Definisjon av variabler

Det ble utført enkel deskriptiv statistikk på alle variablene. Alle variabler i vårt datasett, med unntak av en, er basert på Likert-skala. I litteraturen er det noe uenighet om Likert-skala skal defineres som kontinuerlige eller ordinale/kategoriske variabler. (24) Ved kontinuerlige variabler anbefales det å presentere deskriptiv statistikk med statistiske mål som gjennomsnitt, standardavvik, median og variasjonsbredde. Ved ordinale/kategoriske variabler anbefales det å presentere deskriptiv statistikk med statistiske mål som procenter og frekvenser. Etter å ha rådført oss med statistiker endte vi opp med å definere Likert-skala variablene som ordinale og likevel presentere den deskriptive statistikken med statistiske mål som gjennomsnitt og standardavvik.

Alle variablene kunne deles inn i par der den ene var basert på enten lege eller pasientens vurdering av konsultasjonen, mens den andre var basert på observatørens vurdering. De parede besvarelsene ble plottet inn i krysstabeller (Vedlegg 4-7).

4.4.2 Hvordan avgjøre om det er samsvar?

Vi vurderte om det var samsvar mellom observatør-lege samt observatør-pasient ved å kjøre utregninger med Cohens vektete kappa (κ). Et intuitivt mål på samsvar mellom partene kunne vært å se på andelen klassifiseringer der observatør og lege eller pasient er enige. I en krysstabell vil dette tilsvare de klassifiseringene som ligger på ”diagonalen” i tabellene. Noe av dette kan likevel skyldes tilfeldighet. Cohens kappa er definert som relativt samsvar ut over tilfeldighet. Cohens kappa vil bli 1 ved perfekt samsvar og 0 ved samsvar som er like dårlig som å kaste ”mynt og kron”. En verdi under 0 vil tyde på dårligere samsvar enn ved tilfeldighet. (25)

Når man har rangerte kategorier som ved en Likert-skala vil en vektet kappa-koeffisient, i motsetning til en uvektet kappa-koeffisient, legge vekt på forskjellen i uenighet mellom de ulike kategoriene. For eksempel, dersom en lege i en konsultasjon har svart ”meget uenig” på et spørsmål, mens observatør har svart ”meget enig”, må dette regnes som sterkere grad av uenighet enn dersom en svarer ”enig” og den andre svarer ”meget enig”. (26) I utregningen av kappa valgte vi lineære vekter, i stedet for kvadratiske vekter, etter råd fra statistiker. Variablene som var basert på legenes og pasientenes svar fungerte som ”gullstandard”.

Som tidligere nevnt er alle våre variabler basert på Likert-skala bortsett spørsmålet fra CAHPS, hvor pasientene ble bedt om å rangere konsultasjonen deres fra 0 (verst tenkelige) til 10 (best tenkelige) og fylle ut karakteren de ville gitt i et blankt felt. Observatør har for alle 372 konsultasjoner brukt hele tall uten desimaler når han har fylt ut CAHPS. For 10 av konsultasjonene har pasientene brukt desimaler når de skulle rangere konsultasjonen (9.5 ved fem tilfeller, 8.5 ved tre tilfeller og 7.5 ved to tilfeller). Normalt skal Cohens kappa bare brukes for kategoriske variabler. (26) For å kunne beregne samsvar på samme måte som for de andre variablene tok vi dermed vekk de konsultasjonene hvor pasientene hadde brukt desimaltall, slik at vi fikk 11 potensielle svaralternativ med hele tall (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), som var det samme antallet som observatør hadde gått ut fra. I spørreskjemaet kunne man like gjerne hatt 11 kategorier som hadde tall fra 0-10, hvor pasientene skulle krysse av på den karakteren de ville gitt konsultasjonen. Ved å fjerne disse 10 konsultasjonene (for akkurat denne variabelen), kan variabelen like gjerne vurderes som ordinal, og vi kan lage en symmetrisk 11x11 krysstabell, regne prosentvis samsvar og deretter vektet lineær kappa.

4.4.3 Fortolkning av Cohens kappa

Det er utviklet flere retningslinjer for tolkning av kappa-koeffisienten. Den første ble laget i 1977 av Landis og Koch som sa at styrkeforholdet ved kappa er svakt mellom 0.00 og 0.20, rimelig mellom 0.21 og 0.40, moderat mellom 0.41 og 0.60, betydelig mellom 0.61 og 0.80 og for verdier mellom 0.81 og 1.00 er styrkeforholdet tilnærmet perfekt. (27) Denne klassifiseringen har vært noe omdiskutert. (28) Generelt kan vi si at en kappa-verdi over 0.7 regnes som god, mens en kappa-verdi under 0.4 vanligvis vil indikere så lav samstemmighet at vurderingen i liten grad kan brukes. (29) Samsvar ble vurdert med utgangspunkt i kappa-verdiens 95% konfidensintervaller. I tillegg ble prosentvis grad av enighet utregnet. I prosentvis enighet inngår også tilfeldig samsvar mellom testerne, i motsetning til ved Cohens kappa hvor denne størrelsen ikke inngår.

4.5 Arbeidsprosessen

Skriving av prosjektbeskrivelse startet i oktober 2016. Repetisjon av statistiske metoder og opplæring i SPSS Statistics ble utført i august 2017. Bearbeiding av data og skriving av selve oppgaven startet i desember 2017 og arbeidet med oppgaven ble avsluttet i mai 2018.

4.6 Status for formelle søknader/godkjenninger

Prosjektet er godkjent av REK Sør-Øst, initialt i 2007 og for den aktuelle datainnsamlingen i 2009. Ved gjentatte henvendelser til REK Sør-Øst etter mai 2011, har svaret fra REK vært at sekundæranalyser av dette materialet faller utenfor Helseforskningsloven. Materialet er innsamlet og oppbevares etter godkjenning fra personvernombudet ved Akershus Universitetssykehus.

5 Resultater

5.1 Skjema om pasientens følelser

I Tabell 1 kan man se gjennomsnitt, SD, minimum- og maximum-verdier for besvarelsene til pasientene som gruppe og observatør for skjemaet om pasientens følelser. For alle positive følelser (markert med fet skrift) er gjennomsnittet høyere hos observatør enn hos pasientene. Motsatt er gjennomsnittet for alle negative følelser lavere hos observatør enn hos pasientene, med unntak av følelsen ”skamfull”, som har et gjennomsnitt på 1.14 hos observatør versus 1.12 hos pasientene. Observatør vurderer altså de positive følelsene til å være sterkere, mens de negative følelsene vurderes som svakere, enn det pasientene selv rapporterer.

I samme tabell kan man ut fra standardavvik se at det er større grad av spredning i besvarelsene til pasientene enn besvarelsene til observatør. Følelsen med lavest SD hos både pasientene og observatør er følelsen ”fiendtlig”.

I Vedlegg 4-6 kan man se alle krysstabeller som er brukt i vår studie. I Vedlegg 4 kan man se at for alle 25 følelser har pasientene brukt alle kategorier når de har besvart spørreskjemaet om følelser. For 11 av 25 følelser har observatør aldri benyttet kategorien ”ekstremt (svært mye)” når han har vurdert konsultasjonene. Samtlige av disse 11 følelsene kan betegnes som negative følelser (henholdsvis anspent, oppskaket, nervøs, skremt, fiendtlig, skamfull, sløv, redd, skyldbetyngt, sint, trist).

I Tabell 1 ser man at prosentvis samsvar for følelser ligger mellom 23.4% for følelsen ”livlig” og 94.4% for følelsen ”fiendtlig”. Hvis man sammenligner positive og negative følelser ser man av Figur 1 og 2 at prosentvis samsvar i gjennomsnitt er høyest for de negative følelsene. Den laveste kappa-verdien lå på følelsen ”interessert” med en K på 0.031, mens den nest laveste lå på ”fiendtlig” med en K på 0.038. ”Skamfull” lå også nokså lavt på 0.051. Den høyeste kappa-verdien var for følelsen ”bekymret” med en K på 0.232, mens den nest høyeste var ”oppskaket” med en K på 0.231. Til tross for relativt høye nivåer av prosentvis samsvar, med hele 7 følelser over 70%, hadde alle 25 følelser en kappa-koeffisient under 0.3.

5.2 Legens skjema

I Tabell 2 kan man se gjennomsnitt, SD, minimum- og maximum-verdier for besvarelsene til legene som gruppe, og observatør, for skjemaet til legene. For spørsmål om følelser hos pasienten viser gjennomsnittet at besvarelsene til legene og observatør samlet sett er nokså like. Legene har likevel vurdert pasientene til å være noe mer sint, anspent og tilfreds, og noe mindre munter og lettet, enn hva observatør har gjort. Gjennomsnitt er likt for om pasienten følte seg skuffet. Når det gjelder legens egne følelser har legene vurdert at de føler seg mer sint, anspent og skuffet og mindre tilfreds, munter og lettet enn hva observatør har vurdert. Igjen blir de positive følelsene (med unntak av tilfreds for pasientene) vurdert som sterkere, mens de negative blir vurdert som svakere, av observatøren.

I Vedlegg 5 som inneholder krysstabellene for legens skjema kan man se besvarelsene til legene som gruppe og observatør. Her ser man at for fire spørsmål har observatør aldri benyttet seg av kategorien ”usikker”, selv om legene har gjort dette. På fem spørsmål har observatør aldri benyttet seg av svaret ”meget uenig”, selv om legene har gjort det. Dette gjelder spørsmålene ”Denne pasienten var veldig tiltalende”, ”Alt i alt liker jeg denne pasienten godt”, ”Denne pasienten føler at jeg har stor aktelse for ham/henne” og ”Denne pasienten føler han/hun kan kommunisere effektivt med meg”. I noen konsultasjoner var altså legene ”meget uenig” i disse påstandene. Legene var aldri ”meget uenig” på spørsmålet om de var tilfreds. Verken legene eller observatør har benyttet seg av svaret ”meget enig” på spørsmål om legen følte seg sint. Legene har heller aldri svart ”meget enig” på om de følte seg skuffet.

I Tabell 2 ser man prosentvis samsvar mellom observatør og lege. Observatør har vurdert hva legene i konsultasjonen trodde at pasientene deres følte og deretter vurdert hva legene følte selv. En grafisk framstilling av legenes og observatørs samsvar for disse følelsene kan sees i Figur 3. For 4 av 6 følelser, ”sint”, ”anspent”, ”tilfreds” og ”munter”, er observatør i større grad enig med legene om hva de selv føler, enn hva legene mener at pasientene føler. For følelsene ”skuffet” og ”lettet” er det omvendt; observatør er i større grad enig med legene om hva de mener pasientene føler. Blant spørsmålene om følelser fant vi den laveste kappa-verdien på spørsmålet om legen følte seg skuffet, med en K på 0.041. Spørsmål om legen følte seg lettet hadde også noe lav kappa, på 0.045. Den høyeste kappa-verdien for følelser i dette skjemaet lå på spørsmålet om pasienten følte seg munter, med en K på 0.254.

Spørsmålene om pasienten følte seg skuffet og om pasienten følte seg tilfreds hadde også kappa-verdier som lå tett under denne verdien, henholdsvis 0.234 og 0.230. Figur 4 viser kappa-verdiene til spørsmålene om følelser (både leger og pasienter). Her ser man at for 5 av 6 følelser er kappa-verdiene for pasientens følelser høyere enn kappa-verdiene for legens følelser. Dette til tross for bedre prosentvis samsvar for legenes følelser (Figur 3).

Når det gjelder legens tanker om konsultasjonen ligger prosentvis samsvar mellom 22,8% for "Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten" og 48,7% for "Alt i alt liker jeg denne pasienten godt". Kappa-verdiene befant seg mellom 0.036 og 0.219, med lavest K på spørsmålet "Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten" og høyest K på spørsmålet "Denne pasienten er meget tilfreds med konsultasjonen vi hadde".

5.3 Pasientens skjema

I Tabell 3 ser man spørsmålene til skjemaet 4HPQ som er basert på Four Habits modellen. Her kan man lese at for 13 av 15 spørsmål er gjennomsnittet hos pasientene lavere enn hos observatør. Pasientene mener altså at legene demonstrerte de fire gode vanene i større grad enn hva observatør mener at legene gjorde. Unntaket er om legene oppfordret pasientene til å beskrive helseproblemer sine utfyllende og om legen sjekket at pasienten hadde fått med seg informasjonen som ble gitt. Her er observatør noe mer positiv enn pasientene, men gjennomsnittet for observatør og pasientene er likevel nokså likt. I Tabell 3 kan man se at spørsmålet med høyest prosentvis samsvar er "Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg muligheter til å uttrykke deg med egne ord?" med et prosentvis samsvar på 61,0%. Spørsmålet med lavest prosentvis samsvar, på 40,6%, er "Virket det som legen la merke til følelsene dine?". For 9 av 15 spørsmål i dette skjemaet er prosentvis samsvar over 50%. Den laveste kappa-verdien var på spørsmålet "Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg mulighet til å uttrykke deg med egne ord?" med en K på 0.044. Dette er ironisk nok den variabelen i dette skjemaet med høyest prosentvis samsvar. En annen variabel med lav kappa var "Når legen ga deg informasjon, ble du gitt den tiden du trengte for å forstå og ta den inn over deg?" med en K på 0.051. Den høyeste kappa-verdien var på spørsmålet "Virket det som at legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?", med en K på 0.339. Prosentvis samsvar for spørsmålet med lavest kappa var 61.0%, mens spørsmålet med høyest kappa 60.5%. Det er dermed liten forskjell i prosentvis samsvar, men større forskjell i kappa. Vedlegg 6 viser at for FHPQ brukte pasientene aldri svaralternativet "nei, absolutt ikke" på 2

spørsmål, mens observatør aldri brukte dette svaralternativet på 6 spørsmål.

I Tabell 4, hvor spørsmålene er fra OPEQ, kan man ut fra gjennomsnitt se at for 5 av 6 spørsmål vurderer observatør legens kommunikasjon som noe bedre enn det pasientene gjorde. Dette til forskjell fra hva vi kan lese for 4HPQ (Tabell 3). I Vedlegg 6 i krysstabellene for OPEQ kan man se at pasientene som gruppe benyttet seg av alle svaralternativer, mens observatør på 5 av 6 spørsmål ikke krysset av på svaralternativet ”ikke i det hele tatt”. I Tabell 4 kan man se at for 5 av 6 spørsmål ligger prosentvis samsvar mellom 40-50%. Spørsmålet med høyest prosentvis samsvar var ”Hadde du tillit til at legen var faglig dyktig?” med 51,6%, mens spørsmålet med laveste prosentvis samsvar på 41,7% var ”Var legen godt forberedt til dette møtet?”. Spørsmålet med laveste kappa-verdi er ”Snakket legen til deg slik at du forstod ham/henne?” med en K på 0.077, mens høyest kappa-verdi forelå for spørsmålet ”Fikk du selv fortalt hva som var viktig med din tilstand?” med en K på 0.168.

I Tabell 5 ser man statistikk for spørsmålet ”Kjente du legen fra før?”. Her ser man at prosentvis samsvar mellom pasientene og observatør er 79,8%, mens K er 0.699. Dette er den høyeste registrerte kappa-koeffisienten i vårt datamateriale som befinner seg like under definisjonen av ”godt samsvar” på 0,7.

I Tabell 6 kan man se gjennomsnittsverdi, SD og minimum og maximum-verdi for spørsmålet i pasientens skjema som var basert på CAHPS, nemlig ”Dersom 0 – null var den verst tenkelige konsultasjonen du kunne tenke deg med en lege, og 10 – ti var den beste tenkelige konsultasjonen du kunne tenke deg med en lege, hvilken karakter ville du gitt den konsultasjonen du hadde i dag?”. Her ser man at gjennomsnitt for pasientenes besvarelser og observatørs besvarelser er ganske høyt, henholdsvis 8.77 og 9.05. I krysstabellen i Vedlegg 7 ser man at de aller fleste besvarelser ligger nede i krysstabellens høyre hjørne, det er altså noe skjev distribusjon når det gjelder besvarelsene på dette spørsmålet. I Tabell 6 ser man at prosentvis samsvar for dette spørsmålet var 35.1%, mens kappa var 0.214.

6 Diskusjon

Ingen av spørsmålene i vårt datamateriale hadde godt samsvar ut over tilfeldigheter ($K \geq 0.7$), i følge Landis og Koch. (27) Det var ett spørsmål som skilte seg best ut når det gjaldt samsvar. Dette var spørsmålet ”Kjente du legen fra før?” med en kappa på 0.699, som er rett under grensen for definisjonen av godt samsvar. Spørsmålet med nest høyest kappa var i pasientens skjema, ”Virket det som at legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?”, med en kappa på 0.339. Utover dette var det ingen spørsmål hvor samsvar utover tilfeldighet hadde en kappa over 0.3. Dette til tross for at mange spørsmål hadde relativt høy prosentvis samsvar.

Hvis man ser på de åtte variablene med høyest kappa og sammenligner disse med de åtte variablene med lavest kappa, er det enkelte ting som går igjen. Variablene med lavest kappa-verdi var følgende; ”Interessert” (0.031), ”Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten” (0.036), ”Fiendtlig” (0.038), ”Jeg føler meg skuffet” (0.041), ”Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg mulighet til å uttrykke deg med egne ord?” (0.044), ”Jeg føler meg lettet” (0.045), ”Når legen ga deg informasjon, ble du gitt den tiden du trengte for å forstå og ta den inn over deg?” (0.051) og ”Skamfull (0.051)”. Av disse er det noen variabler som har lavt prosentvis samsvar, altså har observatør svart annerledes enn det legene og pasientene har gjort. For noen variabler er derimot prosentvis samsvar nokså høyt, med for eksempel 94.3% for ”Fiendtlig”, 81.7% for ”Skamfull”, 61.0% for ”Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg mulighet til å uttrykke deg med egne ord?”. Det som går igjen for disse variablene er at rundt 90% av svarene på diagonalen er samlet i en eneste kategori. For ”Skamfull” ligger hele 99% av svarene på diagonalen (301/304) i en kategori. Variablene med høyest kappa-verdi var følgende; ”Kjente du legen fra før?” (0.699), ”Virket det som legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?” (0.339), ”Følte pasienten seg munter?” (0.254), ”Følte pasienten seg skuffet” (0.234), ”Bekymret” (0.232), ”Oppskaket” (0.231), ”Følte pasienten seg tilfreds?” (0.230) og ”Denne pasienten er meget tilfreds med konsultasjonen vi hadde” (0.219). Her ser man en mer jevn fordeling både på diagonalen, men også rundt. Det er mindre grad av opphoping i en kategori, slik man kunne se for variablene med lavest kappa. Ut over dette sees ingen sammenheng mellom variablene som har høye kappa-verdier og variablene som har lave kappa-verdier.

Cohens kappa er en verdi som har sine begrensninger. Den er sterkt avhengig av antall

kategorier, men er også i likhet med en korrelasjonskoeffisient, avhengig av hvor homogen populasjonen er. Dersom nesten alle besvarelser havner i samme kategori eller svaralternativ, vil kappabli bli liten, selv ved ”godt” samsvar. (25) I tillegg er Cohens kappabli avhengig av den marginale distribusjonen i krysstabellene (28) (altså totalsummen for de ulike kategoriene for begge parter). Studier har vist at dersom to par med observatører har samme prosentvis samsvar, vil paret som har en marginal distribusjon som ligner hverandre kunne få en lavere kappabli enn paret som har en større grad av forskjell i den marginale distribusjonen i krysstabellene. (30) Vanligvis vil krysstabeller som har lik marginaldistribusjon, gi høyere nivåer av prosentvis samsvar, men desto mindre enige to observatører er i den marginale distribusjonen, desto mindre forventer man at tilfeldighet har spilt inn. (31) Dermed kan observatører som er mer uenig i den marginale distribusjonen produsere høyere kappabli-verdier. (30)

I Figur 3 og 4 kunne man se at tross høye verdier av prosentvis samsvar for hvordan legen følte seg var det spørsmålene om hvordan pasienten følte seg som hadde høyest kappabli-verdier. For spørsmålene som omhandler pasientens følelser er alle kategorier benyttet av både lege og observatør, mens for legens følelser er det flere kategorier hvor det er registrert 0 besvarelser fra enten legene, observatør eller begge (Vedlegg 5). Resultatene fra FHPQ viste at de to spørsmålene som hadde høyest og lavest kappabli hadde en prosentvis samsvar som var nokså lik, nemlig 60.5% og 61.0%. Likevel var det stor forskjell i kappabli, med en verdi på 0.339 for den ene og 0.044 for den andre. For spørsmålet med høyest kappabli er besvarelsene jevnere fordelt på de ulike kategoriene, mens for spørsmålet med lavest kappabli er de fleste besvarelsene samlet i en kategori.

Pasientenes skjema bestod av FHPQ og OPEQ som inneholdt spørsmål som er svært like, for eksempel ”Gjorde legen det klart for deg hva du måtte gjøre fremover?” i FHPQ og ”Ble det klar for deg hva du skulle gjøre av egeninnsats i etterkant av møtet?” i OPEQ. Mens det første spørsmålet har en prosentvis samsvar på 52.7% og en Kappabli-verdi på 0.152, har det andre spørsmålet en prosentvis samsvar på 42.5% og en Kappabli-verdi på 0.142. Selv om dette kanskje ikke er store forskjeller, ser man at det går igjen for andre spørsmål, som ”Virket det som legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?” i FHPQ og ”Var legen godt forberedt på dette møtet?” i OPEQ. Spørsmålet i FHPQ har en prosentvis samsvar på 60.5% mot 41.7% for spørsmålet i OPEQ. Kappabli-verdiene er 0.339 for FHPQ og 0.122 for OPEQ. Mens FHPQ har 4 svaralternativer for sine spørsmål, har OPEQ 5.

For mange av våre spørsmål kan det se ut som at begrensningen til Cohens kappa har ført til lave nivåer av samsvar ut over tilfeldigheter. Dette er likevel ikke tilfellet på alle spørsmål. Noen spørsmål har lave nivåer av prosentvis samsvar som rett og slett betyr at observatør har svart annerledes enn det pasientene eller legene har gjort. Spørsmålet om følelsen ”Interessert” hadde lavest prosentvis samsvar i hele datamaterialet og de fleste besvarelser ligger dermed utenfor diagonalen i krysstabellen.

Hva kan årsaken til lavt prosentvis samsvar være? De tanker og følelser som oppstår i møte med et annet menneske kan i stor grad være preget av hvem man er som person, hvilke erfaringer man har med seg fra tidligere og ikke minst hvordan man tolker og leser andre mennesker. Som man har hørt flere ganger før; vi ser ikke verden slik den er, men slik vi er. For eksempel så vi at for FHPQ var observatør mer kritisk til legens kommunikasjon enn pasientene var. Dette kan skyldes at observatøren vår er lege med flere års erfaring. Observatør har også god erfaring fra Four Habits-modellen og hadde kanskje dermed naturlig høyere forventninger til legens kommunikasjon enn det pasientene hadde. Vi så motsatt resultat for OPEQ. Noe som er verdt å tenke på er at til tross for at en lege gir tilstrekkelig og god informasjon om for eksempel en kirurgisk prosedyre (alternativer, risikoer og fordeler) vil en pasient som allerede kan denne informasjonen og som var på utkikk etter annen type informasjon (for eksempel restitusjonstid) kunne vurdere denne legen som mindre informativ. Da vil samsvar med en observatør som vurderer legen som mer informativ, bli lavt. (32) Lave nivåer av samsvar mellom observatør og lege kan skyldes at viktige kommunikasjonstrekk ikke kom tilstrekkelig frem på video, for eksempel at en pasient eller lege satt litt vendt bort fra kamera slik at det ble vanskelig å lese ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Det kan også skyldes at observatør ikke kjenner til hvilket forhold den enkelte lege og pasient har og dermed ikke vet hva som er kommet frem tidligere. Dersom for eksempel legen kjenner pasienten sin godt og vet at pasienten har helsefaglig bakgrunn kan det hende legen bruker medisinsk terminologi når han eller hun snakker til denne pasienten, noe vedkommende kanskje ikke ville gjort med en annen pasient. For en observatør kan dette tolkes som at legen ikke snakker til pasienten på en forståelig måte. Lave nivåer av samsvar kan også skyldes at observatørs subjektive vurderinger rett og slett var basert på feilaktige antagelser.

Til tross for at det var noe lave verdier for samsvar utover tilfeldighet på spørsmålene om følelser er det likevel interessant å se nærmere på disse. Resultatene viste at observatør

overvurderte de positive følelsene og undervurderte de negative følelsene i forhold til hva pasientene hadde svart. Når det gjaldt følelser på legens skjema observerte vi det samme. Dette kan skyldes personligheten til observatør og hvordan han tolker andre mennesker. Det kan også skyldes at det rett og slett er vanskeligere å fange opp negative følelser enn positive, eller at personene i videokonsultasjonene gir større uttrykk for positive følelser og mindre uttrykk for de negative følelsene. Studier har vist at ekte pasienter ofte er svært fornøyde med legene sine, muligens fordi de til en viss grad er avhengig av legen eller på grunn av sosial ønskverdighet. (22) Sosial ønskverdighet er en slags "responsbias" som innebærer en tendens til å svare i henhold til hva respondenten mener er sosialt akseptabel atferd, og til ikke å rapportere ufordelaktig informasjon om seg selv. (33) Enkelte studier har avdekket at leger og pasienter ofte føler seg annerledes enn de gir uttrykk for på video. (19) Likevel er observatørens egne følelser, både i øyeblikket og hvordan observatøren generelt har det i forhold til positive og negative følelser, kanskje en av de viktigste faktorene som kan ha spilt inn i forklaringen på observatørens systematiske overvurdering av positive og undervurdering av negative følelser.

Når det gjelder resultatene for CAHPS hvor pasientene skulle skåre konsultasjonen fra 0-10, observerte vi en skjevhet i besvarelsene og det man kan kalle for "ceiling effekt" eller "takeffekt". Dette er et kjent fenomen når man måler pasienttilfredshet og er blitt observert i andre studier. (14)

Så hva med det som samsvarte best? Dette var spørsmålet "Kjente du legen fra tidligere?". Dette er spørsmålet med færrest svaralternativer i vårt datamateriale. Her har svarene jevn fordeling og alle svaralternativer er brukt av både pasienter og observatør. Prosentvis samsvar var på hele 79.8% mens kappa var 0.699. Det kan selvfølgelig argumenteres for at det er nokså lett å vurdere ut fra en videokonsultasjon om legen og pasienten kjente hverandre, spesielt dersom dette røpes gjennom utsagn som "Takk for sist", "Hvordan har det gått siden sist?" eller dersom det kom tydelig frem at konsultasjonen som ble filmet var en oppfølgingstime med samme lege.

En studie fra 2012 om interrater-reliabilitet (34) rapporterte at siden kappa tar høyde for tilfeldigheter, kan dette resultere i at verdiene blir en god del lavere enn de er i virkeligheten. Forfatterne konkluderte med at det derfor kan være lurt å se på både prosentvis samsvar og kappa når man vurderte samsvar. Dersom det var en mulighet for mye gjetting blant

observatører i studier om interrater-reliabilitet, ville det være logisk å bruke kappa som mål på samsvar, men dersom observatørene var godt trent på forhånd og det var liten sannsynlighet for at de gjettet, kunne man med sikkerhet stole på prosentvis samsvar for å vurdere interrater-reliabilitet. Vår studie bruker bare en observatør, ikke to, men siden observatør er lege med flere års erfaring, blant annet fra Four Habits-modellen og annen kommunikasjon, kan man si at han er trent når det gjelder å forstå kommunikasjon og pasienter. Andre studier har vist at kappa ikke burde tolkes som et direkte mål på samsvar, men at Cohens kappa gir uttrykk for hvilken grad det observerte samsvaret overskrider samsvaret som kan forventes av tilfeldigheter. (30)

Et annet spørsmål som er verdt å stille seg er hvor lave disse kappa-verdiene våre egentlig er. Lave kappa-verdier er ikke akseptert når resultatene kan påvirke klinisk praksis eller føre til negative konsekvenser for pasienter. (34) At kappa-verdiene mellom to radiologer som skal vurdere et røntgenbilde bør være høyt, er forståelig. Om vi bør forlange like høye kappa-verdier for våre variabler, kan diskuteres. Et eksakt svar på hvor grensen for godt samsvar bør være, er vanskelig å komme frem til. Dette har også vært diskutert i andre studier. (28)

6.1 Sterke sider ved oppgaven

En av de store fordelene ved vår studie var at vi hadde en gullstandard som representerte ”sannheten”. Dette var besvarelsene til legene og pasientene. Mange studier som tar for seg samsvaranalyser har ikke alltid en slik fasit og ofte måler man samsvar mellom to observatører, ikke én.

En annen sterk side ved oppgaven er at vi har et stort datamateriale. Vi har resultater og besvarelser av spørreskjema for 372 videokonsultasjoner hvor 58 ulike leger, og deres pasienter, deltok. Dette har ført til en bred populasjon og mange konsultasjoner. Selv om enkelte spørsmål har kategorier som aldri ble krysset av på, ville dette problemet mest sannsynlig blitt mer uttalt dersom man hadde valgt en mindre populasjon.

6.2 Svake sider ved oppgaven

Både prosent samsvar og kappa har styrker og begrensninger. Prosentvis samsvar er lett å regne ut og lett å tolke. En av de største begrensningene er at det ikke tas høyde for om

observatør har gjettet i besvarelsene sine (med gjetting mener vi tilfeldig avkryssing i spørreskjemaet uten at det foreligger en særlig vurdering bak valget). Svaret kan dermed bli høyere enn det virkelige samsvaret er. Kappa ble laget for å ta høyde for muligheten for gjetting, men enkelte ganger kan dette resultere i at resultatet for samsvar utover tilfeldighet blir mye mindre enn det kanskje er i virkeligheten. I tillegg er det vanskelig å tolke kappa-verdier. Dette er en av grunnene til at det har blitt vanligere å godta lavere kappa-verdier i enkelte studier. (34)

En annen svakhet ved vår oppgave er at vi bare har brukt en observatør på alle konsultasjoner. Dette kan ha hatt en stor innvirkning på resultatene. Dersom man hadde brukt flere observatører kunne man vurdert observatørene hver for seg og deretter sammenlignet dem, for å se om observatørens personlighet eller subjektive vurderinger hadde stor innvirkning på resultatene.

I vår studie har vi brukt et datamateriale fra en annen studie, hvor vi ikke var med på å definere utvalget, utforme spørreskjema, velge antall kategorier, eller påvirke settingen ved gjennomføring av videokonsultasjoner. Dersom man skulle utført en lignende studie hadde det kanskje vært lurt å benyttet seg av færre svaralternativer i spørreskjemaene. Eventuelt kunne vi brukt de samme spørsmålene, men slått sammen enkelte svaralternativ slik at det totale antallet kategorier ble mindre. For eksempel kunne man slått sammen ”enig” og ”meget enig” til en kategori som het ”enig eller meget enig”.

Når observatør skulle vurdere videokonsultasjonene hadde vi ikke laget tydelige retningslinjer for hvordan han skulle vurdere kommunikasjonen og hva som skulle fokuseres på. Observatør forsøkte å få frem et helhetsinntrykk av hvordan konsultasjonen gikk og så på både verbal og non-verbal kommunikasjon. Når observatør skulle fungere som en analog pasient og vurdere legens kommunikasjon, burde han i teorien ha sett utelukkende på legen får å si noe om hvordan han selv ville reagert som pasient i en slik konsultasjon, og deretter besvart spørreskjemaet ut fra dette. Om observatør derimot har sett på pasientens kroppsspråk når han vurderte legen, kan han ha blitt påvirket av dette og svart ut fra hvordan pasienten reagerte. Dette kan ha resultert i sterkere samsvar mellom pasient og observatør enn dersom observatør hadde sett på legen alene. Det er ikke sikkert at dette har påvirket våre resultater, men vi kan ikke garantere det. Dersom man hadde utformet tydelige retningslinjer på forhånd kunne man

gjort observatør mer oppmerksom på dette og dermed redusert sjansen for falskt forhøyet samsvar.

7 Konklusjon

For hele datamaterialet vårt er prosentvis samsvar relativt godt. Likevel er kappa-statistikk for de samme variablene, som kontrollerer for tilfeldigheter, for lave til at vi kan si at det er godt samsvar mellom observatør og henholdsvis legene og pasientene. Disse funn indikerer dermed at dette ikke er en reliabel eller valid metode for å si at en erfaren lege kan trekke valide slutninger om opplevelsene til deltakerne i en lege-pasientkonsultasjon, gjennom å se video av konsultasjonen deres.

Denne studien kan være et godt utgangspunkt for en liknende studie med samme problemstilling, hvor man kan gjøre visse endringer i materiale/metode i et forsøk på eliminere de statistiske begrensningene vi trolig opplevde i vår studie.

8 Referanser/litteraturliste

1. Henrdon JH., Pollick KJ. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am.* 2002 Feb;84-A(2):309-315.
2. Kindler CH., Szirt L., Sommer D., Häusler R., Langewitz W. A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia.* 2005 Jan;60(1):53-59.
3. Maguire P., Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002 Sep;325(7366):697–700.
4. Dubina MI., O’Neill JL., Feldman SR. Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2009 Oct;9(5):393-395. doi: 10.1586/erp.09.45.
5. Chen WT., Starks H., Shiu CS., Fredriksen-Goldsen K., Simoni J., Zhang F. et al. Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers: contrasting Confucian versus Western notions of secrecy and support. *ANS Adv Nurse Sci.* 2007 Oct;30(4):329–342.
6. Baile WF., Buckman R., Lenzi R., Globler G., Beale EA., Kudelka AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000 Aug;5(4):302–311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
7. Ha JF., Longnecker N. Doctor–patient Communication: A Review. *Oschner J.* 2010;10(1):38-43.
8. Al-Abri R., Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J.* 2014 Jan;29(1):3-7. doi: 10.5001/omj.2014.02.
9. Merz EL., Malcarne VL., Roesch SC., Ko CM., Emerson M., Roma VG. et al. Psychometric properties of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) original and short forms in an African American community sample. *J Affect Disord.* 2013 Dec;151(3):942-949. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.011.

10. Watson D., Clark LA., Tellegen A. Development and validation of a brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988 Jun;54(6):1063–1070.
11. Guldbrandsen P., Benth JS., Dahl FA., Jensen BF., Finset A., Hall JA. Specialist physicians' sensitivity to patient affect and satisfaction. *Medical care.* 2012 Apr;50(4):290-293. doi: 10.1097/MLR.0b013e318242313e.
12. Garratt, AM., Bjaertnes ØA., Krogstad, U., Guldbrandsen, P. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2005 Des;14(6):433-437.
13. Nilsen S., Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education.* 2005 Jul;5:28. doi: 10.1186/1472-6920-5-28.
14. Jensen BF. Hospital Doctors' Communication Skills. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire [avhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
15. Frankel, RM., Stein, T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Permanente J.* 1999;3(3):79-88. Tilgjengelig fra: <https://www.thepermanentejournal.org/files/Fall1999/habits.pdf>
16. Stein, T. Frankel, RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns.* 2005 Jul;58(1):4-12.
17. Pilnick A., Hindmarsh J., Gill VT. Beyond 'doctor and patient': developments in the study of healthcare interactions. *Sociol Health Illn.* 2009 Sep;31(6):787–802. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01194.x.
18. Asan O., Montague E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *Inform Prim Care.* 2014;21(4):161-170. doi: 10.14236/jhi.v21i4.72

19. Roter DL., Frankel RM., Hall JA., Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2006 Jan;21:28-34. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x
20. Blanch-Hartigan D., Hall JA., Krupat E., Irish JT. Can naive viewers put themselves in the patients' shoes?: reliability and validity of the analogue patient methodology. *Med Care.* 2013 Mar;51(3):e16-21. doi: 10.1097/MLR.0b013e31822945cc.
21. Visser LNC., Bol N., Hillen MA., Verdam MGE., de Haes HCJM., van Weert JCM et al. Studying medical communication with video vignettes: a randomized study on how variations in video-vignette introduction format and camera focus influence analogue patients' engagement. *BMC Med Res Methodol.* 2018 Jan;18(1):15. doi: 10.1186/s12874-018-0472-3.
22. van Vliet LM., van der Wall E., Albada A., Spreuwenberg PM., Verheul W., Bensing JM. The validity of using analogue patients in practitioner–patient communication research: systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2012 Nov;27(11):1528-1543. doi: 10.1007/s11606-012-2111-8.
23. Gulbrandsen P., Jensen BF. Post-recruitment confirmation of informed consent by SMS. *J Med Ethics.* 2010 Feb;36(2):126-128. doi: 10.1136/jme.2009.033456.
24. Mayya SS., Monteiro AD., Ganapathy S. Types of biological variables. *J Thorac Dis.* 2017 Jun;9(6):1730-1733. doi: 10.21037/jtd.2017.05.75.
25. Lydersen S. Cohens kappa – et mål på samsvar mellom observatører. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2018 Mar;138(5).
26. Tang W., Hu J., Zhang H., Wu P., He H. Kappa coefficient: a popular measure of rater agreement. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2015 Feb; 27(1):62-67. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.215010.
27. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar;33(1):159-174.
28. Hallgren, KA. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol.* 2012;8(1):23-34.

29. Dahlum, S. Kappa [Internett]. Store norske leksikon; 18.04.23 [hentet år-måned-dag]
Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kappa>
30. Warrens, MJ. On marginal dependencies of the 2x2 kappa. *Advances in Statistics*. 2014 Nov;2014:6. doi:10.1155/2014/759527.
31. Eugenio, BD., Glass, M. The Kappa Statistic: A Second Look. *CompLing*. 2006 Mar;30(1):95-101.
32. Gordon HS., Street RL. How Physicians, Patients, and Observers Compare on the Use of Qualitative and Quantitative Measures of Physician–Patient Communication. *Eval Health Prof*. 2016 Dec;39(4):496-511.
33. Gravdal L., Sandal GM. Sosial ønskerdighet: Marlowe-Crowne Social Desirability Scale i norsk forkortet utgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2004;41(9)729-730.
34. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012;22(3):276-282.

9 Tabeller

Tabell 1. Skjema om pasientens følelser, med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdier (rangert etter kappa-verdier).

Spørsmål	Pasientens svar	Observatørs svar	Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD) Min-Max	Mean (SD) Min-Max	Kappa κ (95% CI)	Prosentvis samsvar
Bekymret	1,78 (1,097) 1-5	1,61 (0,712) 1-5	0,232 (0,157-0,307)	48,1%
Oppskaket	1,37 (0,858) 1-5	1,13 (0,483) 1-4	0,231 (0,115-0,348)	77,8%
Skyldbetyngget	1,19 (0,601) 1-5	1,09 (0,357) 1-4	0,187 (0,047-0,328)	84,4%
Trist	1,52 (0,961) 1-5	1,15 (0,457) 1-4	0,187 (0,108-0,265)	69,4%
Glad	3,44 (1,160) 1-5	3,89 (0,878) 1-5	0,184 (0,113-0,255)	38,4%
Skremt	1,35 (0,871) 1-5	1,14 (0,437) 1-4	0,182 (0,091-0,273)	77,4%
Stolt	2,90 (1,245) 1-5	3,59 (1,001) 1-5	0,180 (0,120-0,239)	29,6%
Irritabel	1,29 (0,740) 1-5	1,12 (0,398) 1-5	0,172 (0,073-0,271)	78,5%
Redd	1,45 (0,937) 1-5	1,28 (0,529) 1-4	0,170 (0,085-0,255)	64,8%
Trygg	3,78 (0,929) 1-5	3,89 (0,704) 1-5	0,139 (0,066-0,212)	47,3%
Sint	1,20 (0,639) 1-5	1,08 (0,330) 1-4	0,138 (0,011-0,265)	84,7%
Sløv	1,42 (0,816) 1-5	1,22 (0,474) 1-4	0,136 (0,060-0,212)	67,2%
Anspent	1,61 (0,977) 1-5	1,24 (0,579) 1-4	0,128 (0,046-0,209)	56,5%
Sterk	3,25 (1,020) 1-5	3,78 (0,690) 1-5	0,117 (0,059-0,176)	33,3%
Nervøs	1,60 (1,014) 1-5	1,25 (0,529) 1-4	0,117 (0,036-0,199)	57,3%
Inspirert	3,18 (1,151) 1-5	3,60 (1,006) 1-5	0,109 (0,040-0,177)	30,1%
Aktiv	2,89 (1,158) 1-5	3,86 (0,847) 1-5	0,107 (0,055-0,158)	25,5%
Entusiastisk	2,99 (1,175) 1-5	3,74 (0,945) 1-5	0,101 (0,041-0,161)	28,8%
Livlig	2,82 (1,199) 1-5	3,89 (0,758) 1-5	0,091 (0,046-0,137)	23,4%
Årvåken	3,16 (1,121) 1-5	3,78 (0,671) 1-5	0,084 (0,029-0,139)	34,1%
Oppmerksom	3,49 (0,950) 1-5	3,84 (0,563) 1-5	0,069 (0,008-0,130)	39,2%
Målbevisst	3,45 (1,069) 1-5	3,77 (0,695) 1-5	0,056 (-0,008-0,119)	31,7%
Skamfull	1,12 (0,453) 1-5	1,14 (0,374) 1-4	0,051 (-0,041-0,143)	81,7%
Fiendtlig	1,06 (0,347) 1-5	1,03 (0,230) 1-4	0,038 (-0,074-0,150)	94,4%
Interessert	3,68 (1,042) 1-5	4,15 (0,497) 2-5	0,031 (-0,020-0,082)	38,7%

Fet skrift = positive følelser

Tynn skrift = negative følelser

Tabell 2. Legens skjema, med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdier.

Spørsmål	Legens svar	Observatørs svar	Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD) Min- Max	Mean (SD) Min- Max	Kappa κ (95% CI)	Prosentvis samsvar
Følte pasienten seg sint ^b	4,45 (0,784) 1-5	4,55 (0,623) 1-5	0,101 (0,017-0,186)	48,9%
Følte pasienten seg anspent ^b	3,67 (1,065) 1-5	3,99 (1,155) 1-5	0,187 (0,116-0,257)	33,6%
Følte pasienten seg tilfreds ^a	2,20 (0,690) 1-5	2,28 (0,957) 1-5	0,230 (0,153-0,307)	50,0%
Følte pasienten seg munter ^a	2,74 (0,913) 1-5	2,35 (1,065) 1-5	0,254 (0,187-0,321)	39,2%
Følte pasienten seg skuffet ^b	3,98 (0,757) 1-5	3,98 (0,971) 1-5	0,234 (0,155-0,314)	45,4%
Følte pasienten seg lettet ^a	2,62 (0,776) 1-5	2,47 (0,983) 1-5	0,161 (0,088-0,233)	38,9%
Jeg føler meg sint ^b	4,66 (0,544) 2-5	4,70 (0,507) 2-5	0,118 (0,013-0,224)	61,2%
Jeg føler meg anspent ^b	4,30 (0,785) 1-5	4,63 (0,633) 1-5	0,099 (0,019-0,180)	47,3%
Jeg føler meg tilfreds ^a	2,13 (0,647) 1-4	1,99 (0,813) 1-5	0,157 (0,071-0,242)	57,3%
Jeg føler meg munter ^a	2,66 (0,939) 1-5	1,93 (0,721) 1-5	0,099 (0,043-0,156)	40,6%
Jeg føler meg skuffet ^b	4,27 (0,664) 2-5	4,42 (0,816) 1-5	0,041 (-0,030-0,111)	44,6%
Jeg føler meg lettet ^a	3,08 (0,943) 1-5	2,15 (0,898) 1-5	0,045 (-0,005-0,095)	25,0%
Jeg gledet meg til denne konsultasjonen	2,67 (0,847) 1-5	1,86 (0,689) 1-5	0,099 (0,051-0,147)	31,9%
Dette var en veldig tilfredsstillende konsultasjon for meg	2,40 (0,783) 1-5	2,20 (0,984) 1-5	0,198 (0,122-0,274)	44,6%
Denne pasienten var veldig tiltalende	2,41 (0,931) 1-5	1,76 (0,764) 1-4	0,128 (0,069-0,186)	37,1%
Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten	3,30 (0,987) 1-5	2,10 (1,016) 1-5	0,036 (-0,009-0,081)	22,8%
Jeg etablerte en god følelsesmessig kontakt med denne pasienten	2,39 (0,727) 1-5	2,55 (1,031) 1-5	0,165 (0,094-0,237)	39,5%
Denne pasienten stoler mye på meg	2,38 (0,668) 1-5	2,15 (0,769) 1-5	0,177 (0,101-0,253)	45,7%
Alt i alt liker jeg denne pasienten godt	2,12 (0, 648) 1-5	1,69 (0,636) 1-4	0,138 (0,067-0,209)	48,7%

Denne pasienten er meget tilfreds med konsultasjonen vi hadde	2,46 (0,697) 1-5	2,31 (0,828) 1-5	0,219 (0,144-0,293)	47,6%
Denne pasienten føler at jeg har stor aktelse for ham/henne	2,40 (0,651) 1-5	2,03 (0,644) 1-4	0,065 (-0,008-0,138)	44,6%
Denne pasienten føler han/hun kan kommunisere effektivt med meg	2,33 (0,648) 1-5	2,23 (0,717) 1-4	0,130 (0,053-0,207)	47,8%
Jeg grudde meg til denne konsultasjonen	4,16 (0,827) 1-5	4,76 (0,615) 2-5	0,105 (0,038-0,171)	39,8%

a = positiv følelse

b = negativ følelse

Tabell 3. Pasientens skjema (FHPQ) med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdier.

Spørsmål	Pasientens svar		Observatørs svar		Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD)	Min-Max	Mean (SD)	Min-Max	Kappa κ (95% CI)	Prosentvis samsvar
Virket det som legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?	1,47 (0,662)	1-4	1,59 (0,656)	1-3	0,339 (0,261-0,418)	60,5%
Møtte legen deg på en måte som fikk deg til å slappe av?	1,17 (0,433)	1-4	1,51 (0,687)	1-4	0,080 (0,005-0,155)	56,9%
Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg muligheter til å uttrykke deg med egne ord?	1,19 (0,431)	1-3	1,37 (0,537)	1-3	0,044 (-0,041-0,129)	61,0%
Oppfordret legen deg til å beskrive helseproblemene dine utfyllende?	1,62 (0,780)	1-4	1,54 (0,697)	1-4	0,132 (0,050-0,215)	48,1%
Virket det som legen var interessert i hva du mente om det aktuelle helseproblemet ditt?	1,28 (0,544)	1-4	1,49 (0,659)	1-4	0,122 (0,032-0,211)	57,3%
Virket det som legen var interessert i hvordan helseproblemene dine virket inn på dagliglivet ditt?	1,60 (0,819)	1-4	1,71 (0,740)	1-4	0,177 (0,099-0,254)	44,4%
Fikk du øyekontakt med legen?	1,11 (0,386)	1-4	1,44 (0,577)	1-3	0,082 (0,013-0,151)	60,5%
Virket det som legen la merke til følelsene dine?	1,42 (0,615)	1-4	1,92 (0,726)	1-3	0,110 (0,047-0,172)	40,6%
Følte du at legene var interessert i deg som person?	1,43 (0,663)	1-4	1,72 (0,728)	1-4	0,099 (0,023-0,175)	44,6%

Ga legen informasjon som ble knyttet direkte til det du var bekymret for?	1,32 (0,629) 1-4	1,59 (0,652) 1-4	0,111 (0,040-0,183)	51,6%
Når legen ga deg informasjon, ble du gitt den tiden du trengte for å forstå og ta den inn over deg?	1,28 (0,557) 1-4	1,50 (0,646) 1-4	0,051 (-0,032-0,133)	52,4%
Når legen ga deg informasjon, var den klar og med ord du lett kunne forstå?	1,13 (0,354) 1-3	1,48 (0,603) 1-4	0,108 (0,039-0,177)	59,7%
Etter at legen hadde gitt deg informasjon, sjekket han/hun godt om du hadde fått den med deg?	1,63 (0,772) 1-4	1,59 (0,661) 1-3	0,170 (0,086-0,253)	48,9%
Oppfordret legen deg til å være med å ta avgjørelser i den grad du ønsket det?	1,63 (0,835) 1-4	1,70 (0,733) 1-4	0,175 (0,098-0,252)	47,0%
Gjorde legen det klart for deg hva du måtte gjøre fremover?	1,40 (0,729) 1-4	1,56 (0,630) 1-3	0,152 (0,074-0,231)	52,7%

Tabell 4. Pasientens skjema (OPEQ) med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdier.

Spørsmål	Pasientens svar	Observatørs svar	Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD) Min-Max	Mean (SD) Min-Max	Kappa κ (95% CI)	Prosentvis samsvar
Var legen godt forberedt på dette møtet?	4,03 (0,876) 1-5	4,38 (0,738) 2-5	0,122 (0,052-0,192)	41,7%
Snakket legen til deg slik at du forstod ham/henne?	4,50 (0,754) 1-5	4,43 (0,687) 2-5	0,077 (-0,005-0,158)	47,3%
Hadde du tillit til at legen var faglig dyktig?	4,45 (0,818) 1-5	4,49 (0,694) 2-5	0,136 (0,056-0,215)	51,6%
Følte du at legen hadde omsorg for deg?	4,22 (0,907) 1-5	4,50 (0,671) 2-5	0,126 (0,051-0,201)	45,9%
Fikk du selv fortalt det som var viktig om din tilstand?	4,27 (0,900) 1-5	4,41 (0,777) 1-5	0,168 (0,089-0,248)	46,8%
Ble det klart for deg hva du skulle gjøre av egeninnsats i etterkant av møtet?	4,01 (1,155) 1-5	4,38 (0,787) 2-5	0,142 (0,071-0,212)	42,5%

Tabell 5. Pasientens skjema ("Kjente du legen fra før?") med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdi.

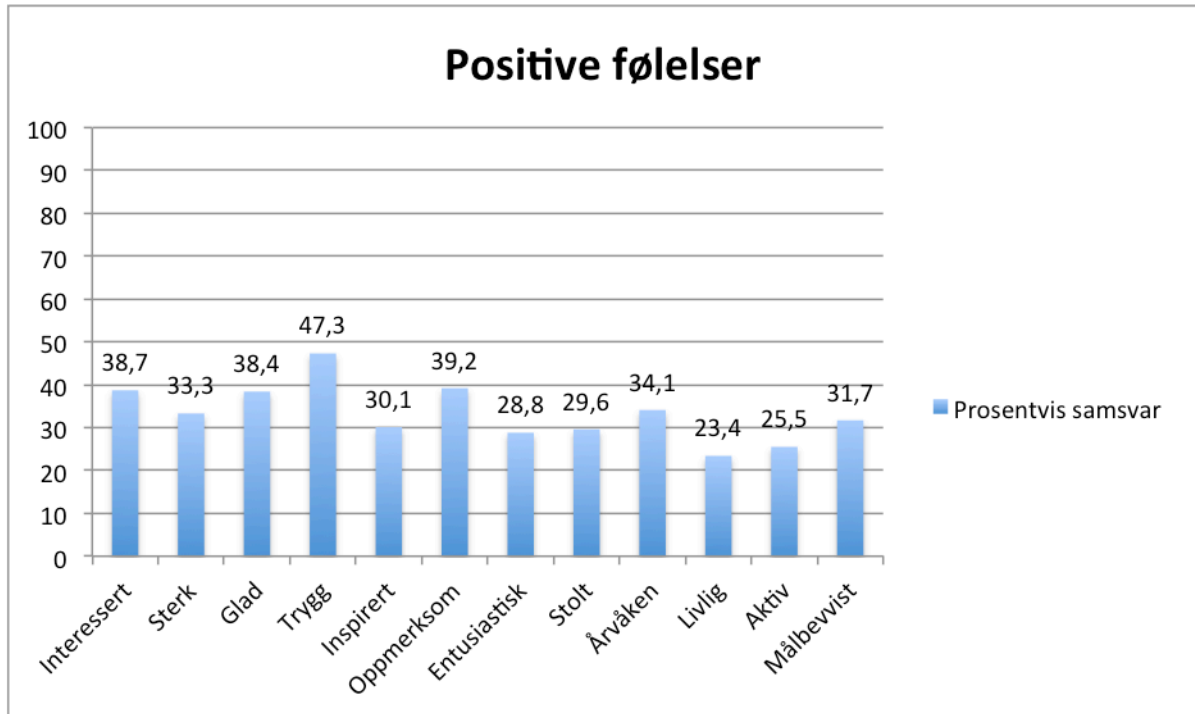
Spørsmål	Pasientens svar		Observatørs svar		Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD)	Min-Max	Mean (SD)	Min-Max	Kappa κ (95% CI)	Prosentvis samsvar
Kjente du legen fra før?	2,48 (0,754)	1-3	2,43 (0,779)	1-3	0,699 (0,638-0,761)	79,8%

Tabell 6. Pasientens skjema (CAHPS) med deskriptiv statistikk, prosentvis samsvar og kappa-verdi

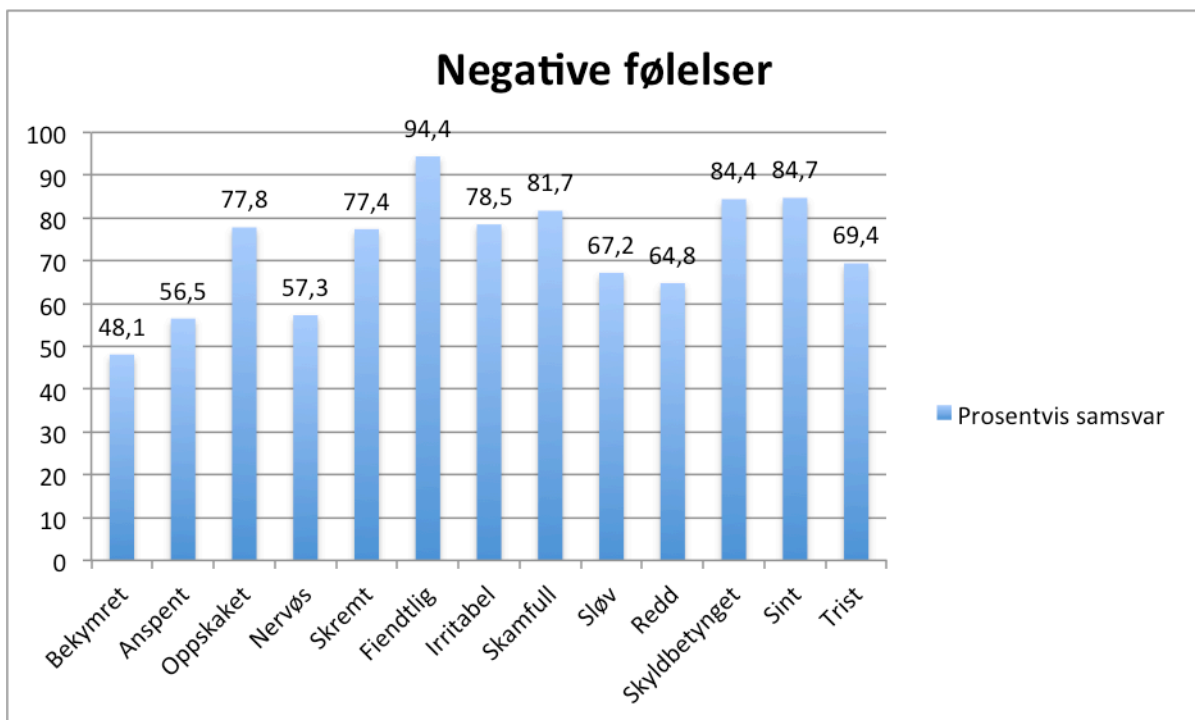
Spørsmål	Pasientens svar	Observatørs svar	Samsvar mellom pasient og observatør	
	Mean (SD) Min-Max	Mean (SD) Min-Max	Kappa κ	Prosentvis samsvar
Hvilken karakter ville du gitt den konsultasjonen du hadde i dag? 0 = verst tenkelige, 10 = best tenkelige.	8,77 (1,319) 2-10	9,05 (1,143) 2-10	0,214	35,1%

10 Figurer

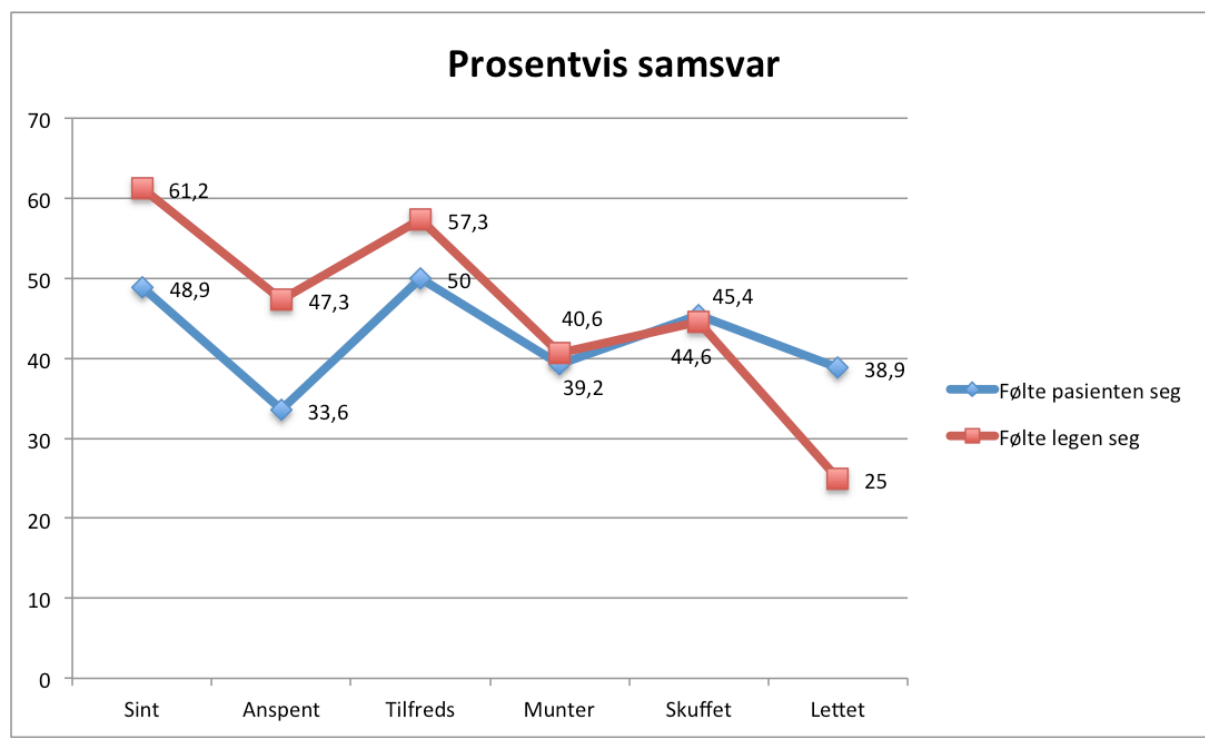
Figur 1. Prosentvis samsvar for positive følelser (i skjema om følelser).



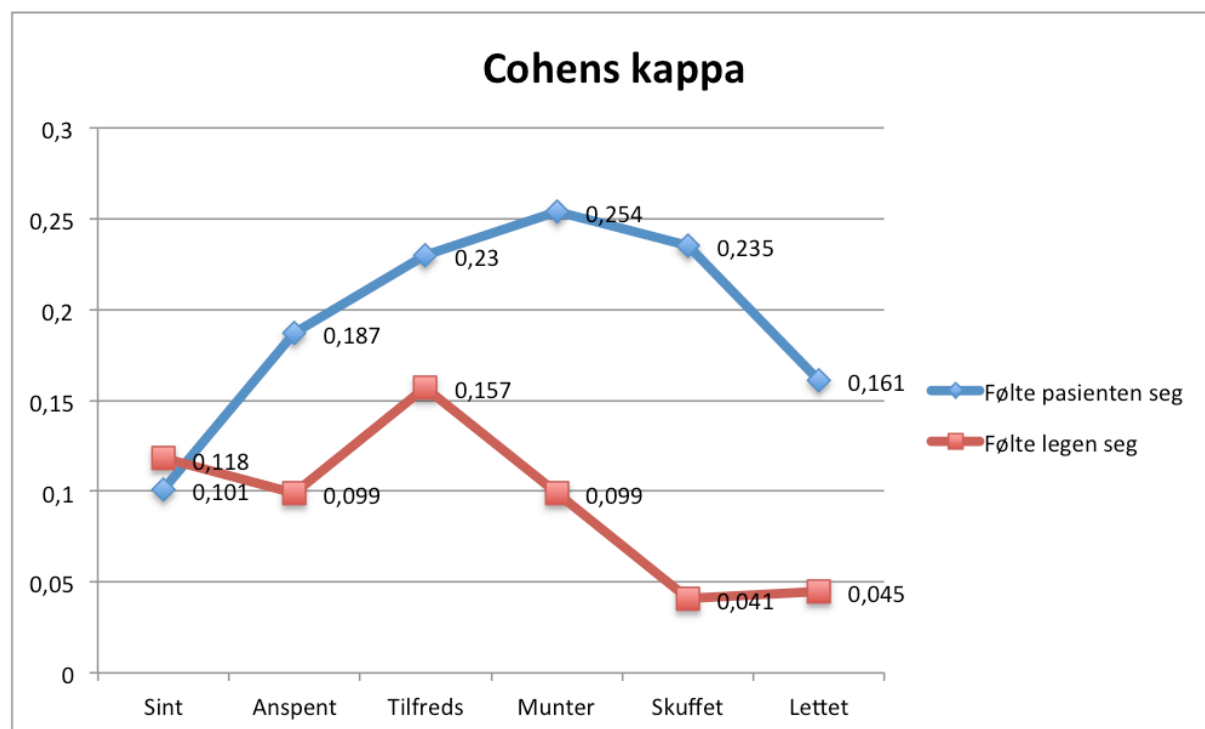
Figur 2. Prosentvis samsvar for negative følelser (i skjema om følelser).



Figur 3. Prosentvis samsvar for følelser hos lege og pasient (i legens skjema).



Figur 4. Kappa-verdier for følelser hos lege og pasient (i legens skjema).



Vedlegg 1

Hvordan føler du deg akkurat nå?

	<i>Svært lite eller ikke i det hele tatt</i>	<i>Litt</i>	<i>Moderat</i>	<i>En god del</i>	<i>Ekstremt (svært mye)</i>
1. Interessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oppskaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sterk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inspirert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nervøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oppmerksom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fiendtlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Entusiastisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Stolt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Irritabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Årvåken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Skamfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sløv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Livlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Redd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Målbevisst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Skyldbetyngt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Trist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For forskerne: (IKKE SKRIV HER)

Når ble skjema besvart?

Før konsultasjon

Etter konsultasjon

Dato (ddmm)

Lege:

Initialer pasient:

NR:

Vedlegg 2

Spørreskjema leger

Når du tenker tilbake på samtalen med pasienten du nettopp så, vær snill å krysse av på det svaralternativ som best reflekterer din følelse i forhold til utsagnet. Det er ingen riktige eller gale svar. Vi ønsker bare ditt inntrykk...

I løpet av samtale/ved slutten, følte pasienten seg...

	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig
Sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuffet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mine egne følelser rundt konsultasjonen. Nå etter samtalen føler jeg meg

	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig
Sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuffet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gledet meg til denne konsultasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dette var en veldig tilfredsstillende konsultasjon for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denne pasienten var veldig taltalende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg etablerte en god følelsesmessig kontakt med denne pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denne pasienten stoler mye på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt i alt liker jeg denne pasienten godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denne pasienten er meget tilfreds med konsultasjonen vi hadde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denne pasienten føler at jeg har stor aktelse for ham/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denne pasienten føler han/hun kan kommunisere effektivt med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg grudde meg til denne konsultasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For forskerne: (IKKE SKRIV HER)

Dato: (DDMM)

Initialer pasient

Legenr.

NR:

Vedlegg 3

Hvordan var samtalen med legen?

Vi ber deg fylle ut dette spørreskjema så snart som mulig etter samtalen. Når du er ferdig, legg det i vedlagte svarkonvolutt og send det til oss.

Noen spørsmål likner hverandre mye. Det er fint om du likevel svarer!

Kryss av i den boksen som best passer med din opplevelse av møtet med legen.

	<i>Ja, absolutt</i>	<i>Ja, i noen grad</i>	<i>Nei, ikke noe særlig</i>	<i>Nei, absolutt ikke</i>
Virket det som legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Møtte legen deg på en måte som fikk deg til å slappe av?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg gode muligheter til å uttrykke deg med egne ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfordret legen deg til å beskrive helseproblemene dine utfyllende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virket det som legen var interessert i hva du mente om det aktuelle helseproblemet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virket det som legen var interessert i hvordan helseproblemene dine virket inn på dagliglivet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fikk du øyekontakt med legen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virket det som legen la merke til følelsene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte du at legen var interessert i deg som person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ga legen informasjon som ble knyttet direkte til det du var bekymret for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når legen ga deg informasjon, ble du gitt den tiden du trengte for å forstå og ta den inn over deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når legen ga deg informasjon, var den klar og med ord du lett kunne forstå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter at legen hadde gitt deg informasjon, sjekket han/hun godt om du hadde fått den med deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfordret legen deg til å være med å ta avgjørelser i den grad du ønsket det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjorde legen det klart for deg hva du må gjøre fremover?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<i>Ikke i det hele tatt</i>	<i>I liten grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I stor grad</i>	<i>I svært stor grad</i>
Var legen godt forberedt på dette møtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakket legen til deg slik at du forstod ham/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde du tillit til at legen var faglig dyktig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følte du at legen hadde omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fikk du selv fortalt det som var viktig om din tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble det klart for deg hva du skulle gjøre av egeninnsats i etterkant av møtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom 0 - null var den verst tenkelige konsultasjon du kunne tenke deg med en lege, og 10 - ti var den beste tenkelige konsultasjonen du kunne tenke deg med en lege, hvilken karakter ville du gitt den konsultasjonen du hadde i dag?

Skriv tallet her:

Kjente du legen fra før?

- Ja, godt*
 Ja, litt
 Nei

For forskerne: (IKKE SKRIV HER)

Pasientinitialer:

Dato for konsultasjonen: (ddmm)

NR:



Vedlegg 4

Interessert	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
Litt	1	1	0	2	1	5
Moderat	0	2	1	2	2	7
En god del	7	40	58	123	59	287
Ekstremt (svært mye)	2	7	10	35	19	73
Sum	10	50	69	162	81	372

Bekymret	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	123	43	10	1	1	178
Litt	77	51	22	11	13	174
Moderat	2	2	2	2	0	8
En god del	1	3	1	2	3	10
Ekstremt (svært mye)	1	0	0	0	1	2
Sum	204	99	35	16	18	372

Anspent	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	200	71	19	8	3	301
Litt	32	7	11	8	3	61
Moderat	0	0	1	0	0	1
En god del	3	2	0	2	2	9
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	235	80	31	18	8	372

Oppskaket	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	280	32	18	6	3	339
Litt	11	7	1	3	1	23
Moderat	2	0	2	0	0	4
En god del	2	0	0	1	3	6
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	295	39	21	10	7	372

Sterk	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	1	0	1	0	0	2
Litt	6	4	8	7	0	25
Moderat	6	7	24	12	1	50
En god del	13	25	113	89	29	269
Ekstremt (svært mye)	2	2	8	8	6	26
Sum	28	38	154	116	36	372

Glad	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	6	1	3	2	0	12
Litt	3	5	2	6	4	20
Moderat	3	7	11	10	2	33
En god del	18	29	62	95	34	238
Ekstremt (svært mye)	1	3	15	24	26	69
Sum	31	45	93	137	66	372

Trygg	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	0	0	2	1	1	4
Litt	3	3	2	7	1	16
Moderat	2	3	12	20	5	42
En god del	5	19	48	144	48	264
Ekstremt (svært mye)	0	1	9	19	17	46
Sum	10	26	73	191	72	372

Inspirert	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	6	3	6	3	1	19
Litt	7	10	14	14	3	48
Moderat	6	5	5	19	0	35
En god del	22	41	63	83	23	232
Ekstremt (svært mye)	0	1	8	21	8	38
Sum	41	60	96	140	35	372

Nervøs	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	197	67	16	9	3	292
Litt	40	14	3	8	6	71
Moderat	2	1	1	0	1	5
En god del	1	0	0	1	2	4
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	240	82	20	18	12	372

Oppmerksom	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	0	1	0	0	0	1
Litt	2	2	3	7	1	15
Moderat	4	4	16	15	3	42
En god del	7	28	103	123	37	298
Ekstremt (svært mye)	0	1	3	7	5	16
Sum	13	36	125	152	46	372

Skremt	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	279	30	9	9	3	330
Litt	18	9	2	2	4	35
Moderat	1	2	0	0	1	4
En god del	2	0	0	0	1	3
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	300	41	11	11	9	372

Fiendtlig	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	350	8	3	1	1	363
Litt	6	1	0	0	0	7
Moderat	1	0	0	0	0	1
En god del	1	0	0	0	0	1
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	358	9	3	1	1	372

Entusiastisk	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	8	2	6	3	0	19
Litt	1	7	7	7	1	23
Moderat	8	9	14	11	1	43
En god del	36	40	74	68	19	237
Ekstremt (svært mye)	2	3	17	18	10	50
Sum	55	61	118	107	31	372

Stolt	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	8	7	4	3	0	22
Litt	14	6	9	3	2	34
Moderat	13	12	19	12	2	58
En god del	35	29	70	65	18	217
Ekstremt (svært mye)	2	4	9	14	12	41
Sum	72	58	111	97	34	372

Irritabel	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	285	31	9	7	2	334
Litt	21	7	3	4	0	35
Moderat	0	1	0	0	0	1
En god del	0	0	0	0	1	1
Ekstremt (svært mye)	0	1	0	0	0	1
Sum	306	40	12	11	3	372

Årvåken	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	0	1	0	2	1	4
Litt	4	8	6	2	1	21
Moderat	5	5	18	16	1	45
En god del	24	41	96	95	27	283
Ekstremt (svært mye)	6	0	1	6	6	19
Sum	39	55	121	121	36	372

Skamfull	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	301	15	7	1	0	324
Litt	41	3	0	1	1	46
Moderat	0	1	0	0	0	1
En god del	1	0	0	0	0	1
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	343	19	7	2	1	372

Sløv	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	232	43	13	9	2	299
Litt	35	18	8	6	0	67
Moderat	2	2	0	0	0	4
En god del	2	0	0	0	0	2
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	271	63	21	15	2	372

Livlig	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	5	0	1	0	0	6
Litt	7	5	4	1	0	17
Moderat	12	9	9	12	1	43
En god del	41	48	88	59	17	253
Ekstremt (svært mye)	4	10	13	17	9	53
Sum	69	72	115	89	27	372

Aktiv	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	6	1	1	2	0	10
Litt	6	8	2	1	2	19
Moderat	8	9	19	9	0	45
En god del	35	43	84	54	20	236
Ekstremt (svært mye)	2	9	25	18	8	62
Sum	57	70	131	84	30	372

Redd	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	222	37	9	6	3	277
Litt	52	17	6	6	6	87
Moderat	3	1	0	0	1	5
En god del	1	0	0	2	0	3
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	278	55	15	14	10	372

Målbevisst	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	0	0	1	2	0	3
Litt	4	6	5	9	1	25
Moderat	4	6	11	21	6	48
En god del	10	31	95	92	45	273
Ekstremt (svært mye)	2	2	4	6	9	23
Sum	20	45	116	130	61	372

Skyldbetyngt	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	312	22	10	1	1	346
Litt	18	2	0	2	1	23
Moderat	0	0	0	0	0	0
En god del	0	0	2	0	1	3
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	330	24	12	3	3	372

Sint	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	311	17	11	4	2	345
Litt	18	4	2	1	0	25
Moderat	0	0	0	0	0	0
En god del	1	0	0	0	1	2
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	330	21	13	5	3	372

Trist	Pasient					
Observatør	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	En god del	Ekstremt (svært mye)	Sum
Svært lite eller ikke i det hele tatt	246	52	16	10	3	327
Litt	13	11	4	6	4	38
Moderat	1	1	0	0	1	3
En god del	1	1	0	1	1	4
Ekstremt (svært mye)	0	0	0	0	0	0
Sum	261	65	20	17	9	372

Vedlegg 5

Følte pasienten seg sint	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	0	0	1	0	0	1
Enig	0	1	2	2	1	6
Usikker	0	0	0	0	2	2
Uenig	1	7	14	43	76	141
Meget uenig	0	7	0	77	138	222
Sum	1	15	17	122	217	372

Følte pasienten seg anspent	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	0	4	2	1	1	8
Enig	3	20	14	23	7	67
Usikker	0	0	0	1	0	1
Uenig	4	21	31	58	28	142
Meget uenig	3	11	18	75	47	154
Sum	10	56	65	158	83	372

Følte pasienten seg tilfreds	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	13	44	3	0	0	60
Enig	19	152	36	6	0	213
Usikker	0	22	14	1	0	37
Uenig	0	35	13	6	3	57
Meget uenig	0	1	2	1	1	5
Sum	32	254	68	14	4	372

Følte pasienten seg munter	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	7	44	11	2	0	64
Enig	6	100	65	36	4	211
Usikker	0	1	3	1	0	5
Uenig	1	18	27	35	5	86
Meget uenig	0	0	4	1	1	6
Sum	14	163	110	75	10	372

Følte pasienten seg skuffet	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	1	2	0	0	0	3
Enig	0	8	10	24	2	44
Usikker	0	2	8	15	4	29
Uenig	1	4	21	116	36	178
Meget uenig	0	2	6	74	36	118
Sum	2	18	45	229	78	372

Følte pasienten seg lettet	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	5	24	11	4	0	44
Enig	5	95	74	16	0	190
Usikker	1	22	32	9	1	65
Uenig	1	23	27	12	2	65
Meget uenig	1	2	2	2	1	8
Sum	13	166	146	43	4	372

Jeg føler meg sint	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	0	0	0	0	0	0
Enig	0	1	0	1	1	3
Usikker	0	0	0	0	0	0
Uenig	0	0	4	35	62	101
Meget uenig	0	1	3	72	192	268
Sum	0	2	7	108	255	372

Jeg føler meg anspent	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	0	0	0	0	1	1
Enig	0	2	1	3	2	8
Usikker	0	1	0	0	0	1
Uenig	1	1	14	50	42	108
Meget uenig	1	9	9	111	124	254
Sum	2	13	24	164	169	372

Jeg føler meg tilfreds	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	13	59	7	3	0	82
Enig	20	192	29	10	0	251
Usikker	0	1	0	0	0	1
Uenig	2	19	7	8	0	36
Meget uenig	0	2	0	0	0	2
Sum	35	273	43	21	0	372

Jeg føler meg munter	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	8	41	23	10	0	82
Enig	12	133	53	63	2	263
Usikker	0	0	0	0	0	0
Uenig	0	8	4	10	4	26
Meget uenig	0	0	0	1	0	1
Sum	20	182	80	84	6	372

Jeg føler meg skuffet	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	0	0	0	2	0	2
Enig	0	0	2	11	9	22
Usikker	0	0	0	0	0	0
Uenig	0	3	9	82	47	141
Meget uenig	0	3	16	104	84	207
Sum	0	6	27	199	140	372

Jeg føler meg lettet	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	4	22	18	18	2	64
Enig	7	66	87	79	10	249
Usikker	0	0	0	1	0	1
Uenig	0	13	16	23	4	56
Meget uenig	0	2	0	0	0	2
Sum	11	103	121	121	16	372

Jeg gledet meg til denne konsultasjonen	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	13	52	20	8	1	94
Enig	4	100	108	42	3	257
Usikker	0	0	0	0	0	0
Uenig	0	5	7	6	2	20
Meget uenig	0	0	0	1	0	1
Sum	17	157	135	57	6	372

Dette var en veldig tilfredsstillende konsultasjon for meg	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	10	48	11	3	1	73
Enig	12	137	64	12	1	226
Usikker	0	1	1	0	0	2
Uenig	3	26	21	17	1	68
Meget uenig	0	1	1	0	1	3
Sum	25	213	98	32	4	372

Denne pasienten var veldig tiltalende	Lege					
Observatør	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	Sum
Meget enig	31	78	21	7	4	141
Enig	15	99	63	22	6	205
Usikker	0	0	1	1	0	2
Uenig	0	11	5	7	1	24
Meget uenig	0	0	0	0	0	0
Sum	46	188	90	37	11	372

Jeg skulle likt å bruke mer tid på denne pasienten	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Observatør						
Meget enig	5	17	23	56	2	103
Enig	11	45	44	92	7	199
Usikker	0	0	1	0	1	2
Uenig	0	14	12	33	7	66
Meget uenig	0	0	0	1	1	2
Sum	16	76	80	182	18	372

Jeg etablerte en god følelsmessig kontakt med denne pasienten	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Observatør						
Meget enig	6	35	7	2	1	51
Enig	7	108	44	4	1	164
Usikker	1	40	19	3	0	63
Uenig	3	42	31	13	2	91
Meget uenig	0	1	1	0	1	3
Sum	17	226	102	22	5	372

Denne pasienten stoler mye på meg	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Observatør						
Meget enig	8	47	11	3	1	70
Enig	9	112	67	3	0	191
Usikker	2	47	46	1	1	97
Uenig	0	3	5	4	1	13
Meget uenig	0	0	1	0	0	1
Sum	19	209	130	11	3	372

Alt i alt liker jeg denne pasienten godt	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Observatør						
Meget enig	25	102	12	2	0	141
Enig	16	153	41	8	0	218
Usikker	0	1	0	1	0	2
Uenig	0	5	2	3	1	11
Meget uenig	0	0	0	0	0	0
Sum	41	261	55	14	1	372

Denne pasienten er meget tilfreds med konsultasjonen vi hadde	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Observatør						
Meget enig	7	38	11	2	1	59
Enig	4	100	55	4	1	164
Usikker	3	49	67	3	1	123
Uenig	0	9	10	3	3	25
Meget uenig	0	0	1	0	0	1
Sum	14	196	144	12	6	372

Denne pasienten føler at jeg har stor aktelse for ham/henne	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Meget enig	5	44	16	0	2	67
Enig	4	135	89	4	1	233
Usikker	2	38	24	2	1	67
Uenig	0	2	0	2	1	5
Meget uenig	0	0	0	0	0	0
Sum	11	219	129	8	5	372

Denne pasienten føler han/hun kan kommunisere effektivt med meg	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Meget enig	5	36	10	0	1	52
Enig	6	133	47	3	2	191
Usikker	1	74	39	3	2	119
Uenig	0	3	5	1	1	10
Meget uenig	0	0	0	0	0	0
Sum	12	246	101	7	6	372

Jeg grudde meg til denne konsultasjonen	Lege					Sum
	Meget enig	Enig	Usikker	Uenig	Meget uenig	
Meget enig	0	0	0	0	0	0
Enig	1	4	1	6	0	12
Usikker	0	0	0	0	0	0
Uenig	1	4	7	26	16	54
Meget uenig	0	13	19	156	118	306
Sum	2	21	27	188	134	372

Vedlegg 6

Virket det som legen var godt kjent med sykehistorien din på forhånd?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	151	34	2	0	187
Ja, i noen grad	66	68	15	1	150
Nei, ikke noe særlig	13	13	6	3	35
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	230	115	23	4	372

Møtte legen deg på en måte som fikk deg til å slappe av?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	194	26	0	0	220
Ja, i noen grad	96	17	4	0	117
Nei, ikke noe særlig	26	4	1	1	32
Nei, absolutt ikke	2	0	1	0	3
Sum	318	47	6	1	372

Når legen spurte deg om dine helseproblemer, ga han deg gode muligheter til å uttrykke deg med egne ord?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	205	34	4	0	243
Ja, i noen grad	95	22	2	0	119
Nei, ikke noe særlig	8	2	0	0	10
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	308	58	6	0	372

Oppfordret legen deg til å beskrive helseproblemene dine utfyllende?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	130	61	19	4	214
Ja, i noen grad	56	41	17	2	116
Nei, ikke noe særlig	17	14	8	2	41
Nei, absolutt ikke	0	0	1	0	1
Sum	203	116	45	8	372

Virket det som legen var interessert i hva du mente om det aktuelle helseproblemet ditt?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	176	37	6	1	220
Ja, i noen grad	87	32	3	0	122
Nei, ikke noe særlig	18	5	5	0	28
Nei, absolutt ikke	1	1	0	0	2
Sum	282	75	14	1	372

Virket det som legen var interessert i hvordan helseproblemene dine virket inn på dagliglivet ditt?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	118	38	14	1	171
Ja, i noen grad	79	33	25	3	140
Nei, ikke noe særlig	20	21	14	5	60
Nei, absolutt ikke	1	0	0	0	1
Sum	218	92	53	9	372

Fikk du øyekontakt med legen?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	211	13	0	1	225
Ja, i noen grad	113	13	5	0	131
Nei, ikke noe særlig	14	1	1	0	16
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	338	27	6	1	372

Virket det som legen la merke til følelsene dine?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	87	23	4	0	114
Ja, i noen grad	108	57	8	1	174
Nei, ikke noe særlig	45	31	7	1	84
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	240	111	19	2	372

Følte du at legen var interessert i deg som person?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	117	36	9	1	163
Ja, i noen grad	97	43	9	1	150
Nei, ikke noe særlig	29	21	6	2	58
Nei, absolutt ikke	1	0	0	0	1
Sum	244	100	24	4	372

Ga legen informasjon som ble knyttet direkte til det du var bekymret for?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	154	20	9	2	185
Ja, i noen grad	107	36	10	2	155
Nei, ikke noe særlig	20	9	2	0	31
Nei, absolutt ikke	1	0	0	0	1
Sum	282	65	21	4	372

Når legen ga deg informasjon, ble du gitt den tiden du trengte for å forstå og ta den inn over deg?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	169	39	6	1	215
Ja, i noen grad	98	24	6	0	128
Nei, ikke noe særlig	19	6	2	1	28
Nei, absolutt ikke	0	1	0	0	1
Sum	286	70	14	2	372

Når legen ga deg informasjon, var den klar og med ord du lett kunne forstå?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	198	17	0	0	215
Ja, i noen grad	112	24	2	0	138
Nei, ikke noe særlig	15	3	0	0	18
Nei, absolutt ikke	0	1	0	0	1
Sum	325	45	2	0	372

Etter at legen hadde gitt deg informasjon, sjekket han/hun godt om du hadde fått den med deg?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	117	52	18	2	189
Ja, i noen grad	72	53	19	3	147
Nei, ikke noe særlig	11	12	12	1	36
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	200	117	49	6	372

Oppfordret legen deg til å være med å ta avgjørelser i den grad du ønsket det?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	115	38	11	4	168
Ja, i noen grad	70	48	26	5	149
Nei, ikke noe særlig	25	12	12	3	52
Nei, absolutt ikke	1	1	1	0	3
Sum	211	99	50	12	372

Gjorde legen det klart for deg hva du måtte gjøre fremover?	Pasient				Sum
	Ja, absolutt	Ja, i noen grad	Nei, ikke noe særlig	Nei, absolutt ikke	
Observatør					
Ja, absolutt	154	21	12	3	190
Ja, i noen grad	99	38	14	3	154
Nei, ikke noe særlig	17	5	4	2	28
Nei, absolutt ikke	0	0	0	0	0
Sum	270	64	30	8	372

Var legen godt forberedt på dette møtet?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
I liten grad	0	2	1	1	1	5
I noen grad	1	0	7	24	10	42
I stor grad	1	4	26	74	26	131
I svært stor grad	8	4	12	98	72	194
Sum	10	10	46	197	109	372

Snakket legen til deg slik at du forstod ham/henne?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
I liten grad	0	1	0	1	1	3
I noen grad	0	0	1	21	11	33
I stor grad	1	0	6	49	82	138
I svært stor grad	7	0	1	65	125	198
Sum	8	1	8	136	219	372

Hadde du tillit til at legen var faglig dyktig?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
I liten grad	0	0	0	4	0	4
I noen grad	1	0	5	15	10	31
I stor grad	2	1	6	44	64	117
I svært stor grad	6	1	7	63	143	220
Sum	9	2	18	126	217	372

Følte du at legen hadde omsorg for deg?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
I liten grad	0	0	2	2	0	4
I noen grad	1	0	9	10	5	25
I stor grad	2	2	16	52	52	124
I svært stor grad	6	6	16	81	110	219
Sum	9	8	43	145	167	372

Fikk du selv fortalt det som var viktig om din tilstand?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	1	1
I liten grad	2	1	1	3	1	8
I noen grad	0	1	7	23	6	37
I stor grad	2	2	11	50	51	116
I svært stor grad	6	4	11	73	116	210
Sum	10	8	30	149	175	372

Ble det klart for deg hva du skulle gjøre av egeninnsats i etterkant av møtet?	Pasient					Sum
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
I liten grad	1	3	1	4	1	10
I noen grad	2	6	7	12	14	41
I stor grad	2	15	16	43	43	119
I svært stor grad	13	9	14	61	105	202
Sum	18	33	38	120	163	372

Kjente du legen fra før?	Pasient			
	Ja, godt	Ja, litt	Nei	Sum
Ja, godt	41	21	5	67
Ja, litt	14	44	20	78
Nei	4	11	212	227
Sum	59	76	237	372

Vedlegg 7

CAHPS	Pasient											
Observatør	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sum
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3
6	0	0	0	0	0	0	0	4	6	0	2	12
7	0	0	0	0	0	2	0	4	5	2	3	16
8	0	0	0	0	0	1	2	6	13	12	10	44
9	0	0	0	0	1	2	5	5	41	32	46	132
10	0	0	1	0	0	1	2	11	21	40	78	154
Sum	0	0	1	1	2	6	9	30	87	87	139	362

Grade-evaluering

Referanse: Visser LNC., Bol N., Hillen MA., Verdam MGE., de Haes HCJM et al. Studying medical communication with video vignettes: a randomized study on how variations in video-vignette introduction format and camera focus influence analogue patients' engagement. BMC Med Red Methodol. 2018 Jan;18(1):15. doi: 10.1186/s12874-018-0472-3.		Design: RCT	
Formål		Dokumentasjonsnivå	
Hvordan påvirker variasjoner i videoers introduksjonsformat og kamerafokus engasjementet til analoge pasienter som skal vurdere en video som viser en "bad news"-konsultasjon?		lb	
Konklusjon		Middels	
Bruk av audiovisuell introduksjon kombinert med å endre kamerafokus slik at man får se pasientens følelser førte til høyeste emosjonelle engasjement hos de analoge pasientene. Dersom dette tas hensyn til kan det bidra til å øke den økologiske validiteten i fremtidige studier som bruker slike videoer.		Diskusjon/kommentarer	
Materiale og metode		Resultater	
Studiedesign: RCT Rekruttering deltakere (randomisering): 181 studenter rekruttert gjennom et forskningsprogram ved Universitetet i Amsterdam. Studentene ble randomisert til å skulle se en av seks videoer som analoge pasienter. Inklusjonskriterier: Flytende i nederlandsk, 18-40 år Eksklusjonskriterier: Bruker hjerte/kar-medisin eller blodtrykksmedisin, tidligere erfaring med onkologiske konsultasjoner (som pasient eller pårørende) Eksponering: Videoene ble vist med en introduksjon forut, enten audiovisuell eller tekst. Videoene hadde tre variasjoner i kamerafokus: kun på legen, på begge men kun nøytrale øyeblikk, på begge også ved emosjonelle øyeblikk. Av dette ble det laget seks (2x3) mulige kombinasjoner. Studentene ble tilfeldig tildelt en av disse seks videoene. Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose): Analoge pasienters engasjement ved observasjon av video. Dette ble målt på to måter; gjennom et selvrappoteringskjema som bestod av fire deler (etter å ha sett konsultasjonen) og gjennom psykofysiologiske målinger (elektrodermal aktivitet, blodtrykk og hjerterefreksens) som ble målt under observasjon av videoen. Viktige konfunderende faktorer: Enkelte fikk se video av pasienten, som kan ha påvirket deres egne følelser. Statistiske metoder: Variasjonsanalyser med kvadrat test, ANOVA, MANOVA og korrelasjonsanalyser.		Hovedfunn: Den audiovisuelle introduksjonen førte til et høyere blodtrykk både under introduksjonen ($p = 0.048$, $n^2_{partial} = 0.05$), men også under observasjon av selve konsultasjonen ($p = 0.051$, $n^2_{partial} = 0.05$), sammenlignet med den skrevne introduksjonen. Når det gjaldt kamerafokus, ga videovarianten som fokuserte på pasienten ved emosjonelle øyeblikk høyere nivå av elektrodermal aktivitet ($p = 0.003$, $n^2_{partial} = 0.06$), sammenlignet med de andre to variantene av kamerafokus. Når det gjaldt de selvrappotererte vurderingene av emosjonell engasjement så man en interaksjonseffekt: varianten som kun hadde et kamerafokus på legen (og ikke pasienten) resulterte i lavere emosjonell engasjement, selv om videoen hadde en introduksjon som var audiovisuell (versus skrevet). Bifunn: Ingen andre interaksjonseffekter ble funnet for de andre delene av selvrapportert engasjement hos de analoge pasientene. Analyser av den vurderte realiteten av videokonsultasjonen viste at kamerafokus hadde en innvirkning. De analoge pasientene vurderte pasientenes oppførelse i konsultasjoner der de så, og ikke bare hørte pasienten (særlig ved emosjonelle øyeblikk), som mer realistisk.	
Sjekkliste:		Sjekkliste:	
Er formålet med studien klart formulert? Ja.		Er formålet med studien klart formulert? Ja.	
Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja. Randomisering ble utført og var vellykket. "No difference between the six video-vignette conditions were found with regard to analogue patients' gender ($p=0.541$), age ($p=0.084$) or BMI ($p=0.515$)."		Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? Ja. Randomisering ble utført og var vellykket. "No difference between the six video-vignette conditions were found with regard to analogue patients' gender ($p=0.541$), age ($p=0.084$) or BMI ($p=0.515$)."	
Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja.		Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja.	
Ble deltakerne/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Uklart.		Ble deltakerne/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Uklart.	
Var gruppene like ved starten? Ja, i følge forskerne, men de presenterer ingen tabell over kjønn, alder og BMI.		Var gruppene like ved starten? Ja, i følge forskerne, men de presenterer ingen tabell over kjønn, alder og BMI.	
Ble gruppene behandlet likt? Ja.		Ble gruppene behandlet likt? Ja.	
Hva er resultatene? Audiovisuell introduksjon, samt et kamerafokus på pasient i emosjonelle øyeblikk, førte til sterkere emosjonelt engasjement hos de analoge pasientene.		Hva er resultatene? Audiovisuell introduksjon, samt et kamerafokus på pasient i emosjonelle øyeblikk, førte til sterkere emosjonelt engasjement hos de analoge pasientene.	
Kan resultatene overføres til praksis. Nei.		Kan resultatene overføres til praksis. Nei.	
Ble alle utfallsmål vurdert? Uklart, kunne kanskje sett på andre.		Ble alle utfallsmål vurdert? Uklart, kunne kanskje sett på andre.	
Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja.		Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Ja.	
Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.		Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja.	
Styrke: Stort utvalg, begrenset konfundering gjennom å ekskludere analoge pasienter som hadde kjennskap til liknende konsultasjoner (cancer bad news), alle videoene var i to eksemplarer (kvinnelig+mannlig pasient), slik at identifikasjon mellom analog pasient og pasient i videoen var optimalisert, måling av engasjement både gjennom selvrappotering (pasientens egne meninger) og fysiologiske målinger (måling av blodtrykk, elektrodermal aktivitet og hjerterefreksens), spurte de analoge pasientene om hvor realistisk de syntes videoene var, for å øke den økologisk validiteten		Styrke: Stort utvalg, begrenset konfundering gjennom å ekskludere analoge pasienter som hadde kjennskap til liknende konsultasjoner (cancer bad news), alle videoene var i to eksemplarer (kvinnelig+mannlig pasient), slik at identifikasjon mellom analog pasient og pasient i videoen var optimalisert, måling av engasjement både gjennom selvrappotering (pasientens egne meninger) og fysiologiske målinger (måling av blodtrykk, elektrodermal aktivitet og hjerterefreksens), spurte de analoge pasientene om hvor realistisk de syntes videoene var, for å øke den økologisk validiteten	
Svakheter: Psykofysiologiske målinger er lite spesifikke; de målte forhøyede verdier trenger ikke bety at de analoge pasientene var emosjonelt engasjert, kan skyldes oppmerksomhet og tanker mot andre ting, benyttet unge analoge pasienter (studenter) med en snittalder på 23 som gir lite generaliserbare resultater, kun benyttet seg av to introduksjonsformater og tre kamerafokus (finnes mange andre kombinasjoner), enkelte fikk se pasienten som kan ha påvirket egne følelser.		Svakheter: Psykofysiologiske målinger er lite spesifikke; de målte forhøyede verdier trenger ikke bety at de analoge pasientene var emosjonelt engasjert, kan skyldes oppmerksomhet og tanker mot andre ting, benyttet unge analoge pasienter (studenter) med en snittalder på 23 som gir lite generaliserbare resultater, kun benyttet seg av to introduksjonsformater og tre kamerafokus (finnes mange andre kombinasjoner), enkelte fikk se pasienten som kan ha påvirket egne følelser.	

Referanse: Nilsen S., Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. BMC Medical Education. 2005 Jul;5:28. doi: 10.1186/1472-6920-5-28.		Design: Kvalitativ studie Dokumentasjonsnivå Grade:	
		IIB Middels-høy	
Formål Forstå hvordan medisinstudentene opplever det å skulle gi og motta tilbakemelding på en video av egen konsultasjon	Materiale og metode Studiedesign: Kvalitativ studie Rekruttering deltakere: 19 av 75 studenter på 6. året ved medisinstudiet i UIB ble spurt om å delta, alle takket ja. Alle var opprinnelig norsk, 58% menn og gj.snitt alder var 27.1 år. Ingen randomisering. Metode: Gjennomføring av intervjuer rett etter at studentene har hatt undervisningsgrupper hvor alle har vist en video av egen konsultasjon og gitt og fått tilbakemelding på denne. Intervjuer ble gjort i grupper på 6 eller 7 som varte i 60-90 min. Det ble gjort lydopptak og intervjuene ble deretter transkribert av intervjueren. Deretter gikk intervjuer og en allmennlege som ble brukt i gruppene, sammen for å analysere og kode den transkriberte teksten. Ved uenighet diskuterte de til enighet ble nådd.	Resultater Hovedfunn: Fra analysene dukket det opp tre hovedtema; Bekymringer: redd for å dumme seg ut på video foran medstudentene, mangle medisinsk kunnskap eller kommunikasjonsferdigheter, vurdert som ikke dyktige nok så sent i utdanningen. Tilbakemelding: mange hadde positive tanker om tilbakemelding og følte de fikk konstruktiv kritikk som de kunne kjenne seg igjen i, de følte seg trygge i gruppen siden alle måtte gjennom det samme Bekreftelse: mange var svært kritiske til egne videoer på forhånd og følte seg usikker og sårbar, men ble positivt overrasket etter å ha sett videoen siden de følte de hadde gjort det bedre enn først antatt, dette ble bekreftet av medstudentene. Bifunn: En student mente at å bare ha en konsultasjon bare bidro til stress siden det ikke ga mulighet for å bli trygg i situasjonen eller kunne forbedre seg ved en senere anledning. Det ble foreslått at flere konsultasjoner burde blitt filmet. Det ble også foreslått at dette programmet burde introduseres tidligere i medisinstudiet.	Diskusjon/kommentarer
Konklusjon Studenter hadde høye nivåer av angst og bekymring før de skulle se egne konsultasjoner. Denne metoden kan bidra til å styrke selvtiliten til deltakerne og gi dem støtte og bekreftelse. Metoden krever nøye planlegging når det gjelder design og prosedyre.			Sjekkliste: Er formålet med studien klart formulert? Ja. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? Ja. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja, men det er ikke tydelig hvorfor de valgte akkurat 19 studenter. De valgte tre (av 12) grupper som allerede eksisterte fra tidligere. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Nei. Er etiske forhold vurdert? Uklart, studentene fikk mulighet til å trekke seg om ønskelig, men de fikk ikke tid til å tenke seg om på forhånd. Går det klart frem hvordan analysene ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Funnene anses som nyttige og kan mest sannsynlig brukes for andre medisinstudenter. Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja. Styrke: Ingen frafall underveis, intervjuene ble gjennomført rett etter de har gjennomført observasjon av videoer i gruppe slik at det var lite tid for å reflektere rundt hendelsen og utvikle andre tanker enn de initialt hadde. Kan ha økt validiteten til svarene deres. Svakhet: Det å ha intervjuer rett etter et gruppemøte på 60-90 min kan ha resultert i trøtete studenter som var mindre villig til å svare på spørsmål, studentene ble spurt om å delta på intervju når de allerede var i undervisningen, de fikk ikke mulighet til å tenke over dette på forhånd, dermed kan noen ha vært med som kanskje ikke var like motivert, ingen randomisering når det gjaldt utvalg.
Land Norge	Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose): Medisinstudenters tanker og meninger om observasjon av egne videokonsultasjoner		
År data innsamling Ikke oppgitt	Viktige konfunderende faktorer: Intervjuer var kjent for enkelte deltakerne fra tidligere, som kan ha resultert til at de uttrykker en mer positiv opplevelse Statistiske metoder: Intervju i fokusgrupper, lydopptak, transkribering og analyse gjennom kvalitativ metode		

<p>Referanse: van Vliet LM., van der Wall E., Albada A., Spreuwenberg PM., Verheul W., Bensing JM. The validity of using analogue patients in practitioner-patient communication research: systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2012 Nov;27(11):1528-1543. doi: 10.1007/s11606-012-2111-8.</p>		<p>Design: Systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse</p>	
		<p>Dokumentasjonsnivå</p>	
		<p>Grade:</p>	
		<p>Ja</p>	
		<p>Middels-høy</p>	
<p>Formål</p>		<p>Resultater</p>	
<p>Avdekkede begrunnelser, metoder og utfall i studier som benytter video-vignette design som metode, hvor videokonsultasjoner blir sett og vurdert av analoge pasienter.</p>		<p>Hovedfunn: Alle studier var publisert på engelsk, men var laget i USA, Sveits, Australia for å nevne noen. 18 studier var kliniske, mens 16 var basert på manus.</p> <p>Begrunnelser: 21 studier rapporterte generelle, etiske eller praktiske årsaker til å bruke analoge pasienter og video. Studier som brukte manus argumenterte for at det ikke var etisk riktig å bruke negativ kommunikasjon i virkelige konsultasjoner</p> <p>Validitet: 15 av manus-studiene forsøkte å oppnå intern validitet ved å sørge for at deres manipulering fungerte. Flere onkologiske studier prøvde å oppnå ekstern validitet ved å fokusere på AP sin identifikasjon med pasienten i videoen. Andre studier forsøkte å måle om videoene var realistiske.</p> <p>APs vurdering av kommunikasjon: Overlappet generelt med virkelige kliniske pasienter. Foretrakk fokus på pasient, fremfor fokus på lege, men dette gjaldt ikke ved akutte fysiske plager. Nonverbal oppførsel som å lytte aktivt, ha et åpent kroppsspråk, omtanke ble satt pris på. Kommunikasjon ble stort sett satt pris på, men ikke når samtalen handlet om dårlige nyheter.</p> <p>Bifunn: Meta-analysen som tok utgangspunkt i M, SD, range og tok med antall deitaker, videoer som ble observert av hver deltaker og tilgjengelig antall videoer, fant at for 64 vurderinger i 20 studier var gjennomsnittet av de analoge pasienters vurderinger på 54.28 på en 0-100 skala. De overkom takeffekter.</p>	
<p>Konklusjon</p> <p>Etiske og metodiske begrunnelser lå bak valg av AP-metoden. Analoge pasienters oppfatning av kommunikasjon som utfall lignet de som ekte pasienter har, samtidig som de kunne overkomme takeffekter. Analoge pasienter kan dermed brukes som proxier i studier, dersom man tar hensyn til kjønn og alder.</p>		<p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikasjon mellom leger/sykepleiere og pasienter - brukte video i metode - brukte analoge pasienter over 18 år som var friske (enten trente eller utrente i rollen) - brukte analoge pasienters oppfatning av kommunikasjon som utfall <p>Ekklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hadde observatører (analoge pasienter) som enten var trente, forskere, arbeidet med koding, leger, medisinstudenter eller medlemmer av et fakultet - ingen kvalitetsvurdering på kommentarene til AP <p>Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose):</p> <p>Begrunnelser for å bruke analoge pasienter, hva er gjort for å teste og øke intern og ekstern validitet, hvordan vurderes kommunikasjonen av analoge pasienter sammenlignet med kliniske pasienter, kan analoge pasienters vurdering av kommunikasjon overkomme takeffekter</p> <p>Statistiske metoder: Kvalitetsikring av artikler ved bruk av RAC. Multivariat meta-analyse ble kjørt for å vurdere om APs vurdering av kommunikasjon kunne overkomme takeffekter.</p>	
<p>Land</p> <p>Nederland</p>		<p>Styrke: Så på mange aspekter ved studiene (flere utfall), mange inklusjons og eksklusjonskriterier, studier med middels-høy kvalitet</p> <p>Svakhet: Eventuelt bias i eksisterende studier, studier var inkonsistente når det gjaldt definisjonen på "analog pasient"</p>	
<p>År data innsamling</p> <p>2012</p>			

Referanse: Ha JF., Longnecker N. Doctor-patient Communication: A Review. Oschner J. 2010;10(1):38-43.		Design: Litteraturgjennomgang	
		Dokumentasjonsnivå	III
		Grade:	Lav-middels
Formål		Diskusjon/kommentarer	
<p>Undersøke hva litteraturen sier om lege-pasient-kommunikasjon.</p>	<p>Design: Litteraturgjennomgang</p> <p>Datagrunnlaget: Litteraturgjennomgang av studier som handler om lege-pasient-kommunikasjon. De fleste av studiene som ble brukt var tverrsnittstudier.</p> <p>Inklusjonskriterier/Eksklusjon skriterier: Kommer ikke tydelig frem i oppgaven.</p> <p>Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose): Fordeler med effektiv kommunikasjon mellom lege og pasient. Hvordan man kan forbedre kommunikasjonen.</p> <p>Statistiske metoder: Litteraturgjennomgang. Ingen andre statistiske metoder brukt.</p>	<p>Sjekkliste: Er formålet med oversikten klart formulert? Ja. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? Ja, de søkte etter studier om kommunikasjon mellom lege og pasient, men søkeprosessen er ikke beskrevet. Er det sannsynlig at alle viktige relevante studier ble funnet? Uklart. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert? Uklart. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig? Ikke gjort. Hva er resultatene? Mange fordeler med god kommunikasjon mellom lege og pasient. Kan resultatene overføres til praksis? Ja. Ble alle viktige utfallsmål vurdert? Uklart.</p> <p>Styrke: Går gjennom mange fordeler ved god kommunikasjon mellom lege og pasient. Svakhet: Ikke tilstrekkelig informasjon om søkeprosessen, hvilke studier de har inkludert og hvorfor. Ingen tydelige inklusjons, eller eksklusjonskriterier.</p>	
<p>Konklusjon</p> <p>Et godt lege-pasient forhold kan føre til større trivsel på jobb for legene, samt økt selvillit, motivasjon og bidra til et positivt syn på helsen hos pasienter. Dette kan igjen føre til bedre utfall når det gjelder helse. Legger som kommuniserer bedre kan fange opp problemer tidligere, hindre medisinske kriser og dyr intervensjon. De kan også gi bedre støtte til pasientene sine. Dette kan føre til større tilfredshet hos pasienter, mindre utgifter når det gjelder helsehjelp, større forståelse hos pasienter om egen helse og større compliance.</p>	<p>Hovedfunn: Studier på lege-pasient-kommunikasjon har avdekket at pasienter er misfornøyde til tross for at legene vurderte kommunikasjonen som adekvat eller til og med utmerket. Mange leger overvurderer egne evner til kommunikasjon. Pasientundersøkelser har flere ganger vist at leger ønsker bedre kommunikasjon med legen sin.</p> <p>Effektiv kommunikasjon mellom pasienter og lege skal bidra til tre ting; skape et godt forhold mellom partene, bidra til effektiv utveksling av informasjon og inkludere pasientene i beslutningsprosesser.</p> <p>Effektiv kommunikasjon kan få frem pasientens behov, ønsker og forventninger. Pasienter som opplever god kommunikasjon med legen vil i større grad være fornøyd med helsehjelpen de mottar, dele viktig informasjon, følge råd og ha bedre etterlevelse. Fornøyde pasienter er en fordel for legen.</p> <p>Leger kan lære seg å kommunisere bedre gjennom trening. Dette er vist å bedre kommunikasjonen mellom pasient og lege, men ferdighetene kan glemmes over tid og man må derfor trene regelmessig, helst med tilbakemelding fra andre.</p> <p>For å vurdere kommunikasjon benytter studier seg av flere metoder, bl.a. observasjon, audio- eller videoopptak, spørreundersøkelser med kvantitative eller kvalitative mål. Mange studier benytter ofte en kombinasjon av disse metodene.</p> <p>Bifunn: Den viktigste faktoren når det gjelder pasienttilfredshet har vært pasientens vurdering av kommunikasjon og forhold til legen. De fleste klager mot leger skyldes mangelfull kommunikasjon, ikke klinisk kunnskap. Pasienter ønsker leger som kan gi rett diagnose og behandling, samt kommunisere med dem effektivt.</p>		
<p>Land</p> <p>Australia</p>	<p>År data innsamling</p> <p>Ikke oppgitt</p>		

Referanse: Jensen BF. Hospital Doctors' Communication Skills. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire [avhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.		Design: RCT
		Dokumentasjonsnivå Ib
		Grade: Høy
Formål	Materiale og metode	Resultater
<p>Avdekke hvordan et 20-timers for kommunikasjonstrening i "Fire gode vaner" påvirker kommunikasjonsferdighetene til sykehusleger</p> <p>Konklusjon</p> <p>To dager med trening forbedret sykehuslegenes kommunikasjonsferdigheter. Det var lite nøyaktig å bruke spørreskjemaer for å avdekke leger som kommuniserte dårlig, i stedet bør alle leger gjennomgå kommunikasjonstrening med jevne mellomrom.</p>	<p>Datagrunnlaget: Leger ved Akershus universitetssykehus ble spurt om å delta i kurset.</p> <p>Rekruttering deltakere (randomisering): Leger ble rekruttert og randomisert gjennom trekking. Pasientene som ble med var de ekte pasientene til disse legene.</p> <p>Metode: Randomisert kontrollert studie hvor legene fungerte som egne kontroller. Legene mottok to-dagers trening basert på Four Habits-modellen for effektiv kommunikasjon. Legene ble filmet før og etter trening. Etter filming ble kommunikasjonen vurdert gjennom Four Habits Coding Scheme. Pasienter kunne trekke seg etter 24 timer når de fikk en SMS. Pasientenes opplevelse av kommunikasjonen ble målt gjennom et spørreskjema kalt Four Habits Patient Questionnaire.</p> <p>Inklusjonskriterier: Leger under 60 år i alle kliniske spesialiteter ble inkludert (anestesi, ped, kirurgi, intremed, gyn/obs, nevrologi, ort, ØNH).</p> <p>Ekklusjonskriterier: Radiologer og psykiatere. Pasienter som ikke ønsket å være med eller som ikke hadde språkferdigheter til å være med eller var for syke.</p> <p>Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose): Kommunikasjonsferdigheter vurdert ut fra Four Habits Coding Scheme</p> <p>Viktig konfunderende faktorer: Ingen spesielle.</p> <p>Statistiske metoder: Spørreskjema, Four Habits Coding Scheme, interrater-reliabilitet, SD, p-verdi og KI.</p>	<p>Hovedfunn: 71 av 103 leger som ble spurt (69%) ble med i studien, samt 497 av 574 pasienter (87%). Kommunikasjonsferdighetene til legene var på forhånd under midten på skalaen. Etter treningen bedret kommunikasjonsferdighetene seg signifikant (med 7.5 poeng), basert på totalskåren fra Four Habits Coding Scheme (som hadde en skår fra 23-115 poeng). Legene som hadde hatt trening forut dette, gjorde det best (øking med 14,4 poeng). Pasienttilfredshet målt med CAHPS ble ikke signifikant bedre av treningen. Four Habits Coding Scheme hadde høy interrater-reliabilitet med verdier for ICC >0.74.</p> <p>Bifunn: Legene rapporterte at det var vanskelig å opprettholde denne gode kommunikasjonen over tid. Spørreskjemaet rettet mot pasientene klarte ikke å fange opp leger som kommuniserte dårlig.</p>
		<p>Sjekkliste: Er formålet med studien klart formulert? Ja. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprose-dyre? Ja. Ble alle deltakerne gjort rede for på slutten av studien? Ja. Ble deltakere/studiepersonell blindet mht. gruppetilhørighet? Uklart. Var gruppene like ved starten? Ja. Ble gruppene behandlet likt? Ja. Ble alle deltakere gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelt frafall tatt hensyn til i analysen? Ja. Hva er resultatene? Bedring i kommunikasjonsferdigheter etter 20-timers kurs. Kan resultatene overføres til praksis? Ja, men muligens er mindre flinke leger underrepresentert i denne studien. Se svakheter. Ble alle utfallsmål vurdert? Ja. Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Uklart. Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svækker resultatene? Ja.</p> <p>Styrke: Randomisering, bruk av RCT, skjemaer med høy reliabilitet og validitet.</p> <p>Svakhet: 32 leger valgte å ikke delta. 6 leger som valgte å delta, men som likevel ikke fikk intervensjon, hadde lavere kommunikasjonsferdigheter på forhånd enn de som gikk gjennom alt. Leger med dårligere kommunikasjonsferdigheter er dermed underrepresentert.</p>
Land		
Norge		
År data innsamling		
2007-2008		