

**MED-3950**

**5.årsoppgave – Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø**

# **Hvordan dr House kommuniserer med sine pasienter**

Forfatter

**Grete Haug MK-10**

Veileder

**Eirik Hugaas Ofstad**

**Lektor, Institutt for samfunnsmedisin**

Biveileder

**May-Lill Johansen**

**Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin**

**Tromsø, 31.08.15**

## **Forord**

Denne oppgaven er en del av det 5. året på medisinstudiet i Tromsø. Temaet for oppgaven er valgt fritt, men prosjektbeskrivelsen er godkjent av universitetet på forhånd.

## Sammendrag

**Innledning:** TV-serien om dr. House har i en årrekke vært vist på NRK. Serien er spilt inn i 8 sesonger, med til sammen 177 episoder. Legen Gregory House fremstilles i serien som en ”genial” diagnostiker, han behandler pasientene sine som objekter, og kommunikasjon er en slags siste utvei. TV-serien har mange seere, og legen Gregory Hose og hans arbeidsform utgjør hovedhandlingen i serien. Serien er således med på å danne en forestilling blant publikum, av hvordan lege-pasientrollen kan være. Denne oppgaven har til hensikt å finne ut av hvordan dr House kommuniserer med sine pasienter. Dette gjøres ved å vurdere kommunikasjonen i TV-serien, med et skåringskjema basert på en anerkjent kommunikasjonsmodell. Er han alltid bare uhøflig og uprofesjonell i nærvær med sine pasienter, eller er det noe vi kan lære om kommunikasjon av å observere rollefiguren dr House?

**Material og metode:** Det er i oppgaven gjort en analyse av de samtaler dr House har med sine pasienter, i ulike episoder av tv-serien. Jeg har totalt sett 98 episoder av dr. House, fordelt på fem sesonger. Dette utgjør det analyserte materialet i oppgaven. Analysene, og skåringen av lege-pasientkommunikasjonen ble gjort ved hjelp av ”28 item Calgary Cambridge Observation Guide” (CCOG), avledet fra ”Calgary Cambridge guide to the medical interview”

**Resultater:** Gjennomgang av de 98 episodene av serien, resulterte i identifisering av 158 klipp, hvor lege-pasientmøter var av en slik karakter at den kunne analyseres. Hver av episodene varer i ca 42 minutter. Gjennomsnittslengden på de identifiserte klippene er 87 sek. Av de 28 skåringspunktene fra ”28 item Calgary Cambridge Observation Guide” (CCOG), er skåringmomentene som omhandler innledning (pkt 1 og 2) de som oftest ikke med i klippene. Det er likevel mange av klippene totalt sett, som viser alle fasene av konsultasjonen, og hvor jeg har hatt mulighet til å evaluert alle de 28 punktene i skåringsmodellen. Dr House skårer lavest på kommunikasjonsferdighetene som inngår i innledningen av konsultasjonen, og forståelse for pasientens perspektiv. Han skårer gjennomsnittlig høyest på effektivitet og selvsikkerhet.

**Diskusjon:** Studien viser at dr. House skårer jevnt over svært høyt på enkelte av vurderingspunktene, når han kommuniserer med pasienter. Hans kommunikasjonsform er således effektiv, når det gjelder å få fram relevant informasjon, noe som igjen er nyttig for å komme fram til riktig diagnose og behandling. Han skårer imidlertid jevnt over svært dårlig på punkter som assosieres med respekt og medmenneskelighet, noe som i den norske undervisningsmodellen også er elementært i ”god” kommunikasjon mellom lege og pasient. Det å øve seg på å bruke skåringsverktøy, og å bruke dette for å vurdere samspillet mellom en fiktiv lege, og en fiktiv pasient i en TV-serie, bidrar til bevisstgjøring av begrepsinnhold i rammeverktøyet for kommunikasjonsferdigheter, og gir et aktivt forhold til gradering av kvalitet, og nyansene i poengskalaen i skåringsverktøyet.

## Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
1 Introduksjon.....	6
1.1 Kommunikasjon mellom lege og pasient.....	6
1.2 Ulike kommunikasjonsmodeller.....	7
1.3 Ulike skåringsverktøy for vurdering av lege- pasientkommunikasjon.....	9
1.4 Bruk av videoopptak for opplæring i ulike kommunikasjonsferdigheter.....	9
1.5 TV-serien ”House MD”.....	10
1.6 Problemstilling.....	11
2 Material og metode.....	12
2.1 Datainnsamling.....	12
2.2 Valg av skåringskjema.....	13
2.3 Utarbeidelse av resultatene.....	15
2.4 Arbeidsprosessen.....	16
3 Resultater.....	17
3.1 Total gjennomsnittlig skår for de 28 punktene i CCOG.....	18
3.2 Total fordeling av poeng, og fordeling mellom de ulike subkategoriene.....	19
4 Diskusjon.....	22
4.1 Hvordan kommuniserer dr House med sine pasienter?.....	22
4.2 Er kommunikasjon nyttig, også for dr House?.....	23
4.3 Er høy poengskår nødvendigvis positivt?.....	23
4.4 I hvor stor grad kan en observatør vurdere om kommunikasjonen er ”god” eller ”dårlig”.....	25
4.5 Kan vi lære noe om kommunikasjon, ved å se på dr House?.....	26
4.6 Styrker og svakheter ved studien.....	27
5 Konklusjon.....	28
6 Referanser.....	29
7 Vedlegg 1, klippliste.....	31
8 Vedlegg 2, analyseskjema.....	41

# 1 Introduksjon

## 1.1 Kommunikasjon mellom lege og pasient.

Forskning på kommunikasjon i allmennpraksis viser at omtrent 80 % av diagnosene avklares basert på samtale alene<sup>1</sup>. I praksis er både diagnostikk, behandling og tillitsforhold avhengige av legens kommunikasjonsferdigheter, og i mange tilfeller gjør åpen kommunikasjon med pasienten det mulig å stille korrekte diagnose<sup>3</sup>.

Kommunikasjon er et viktig verktøy i alle deler av samfunnet, og i alle mellommenneskelige relasjoner. I helsevesenet er god kommunikasjon et essensielt element for pasientsikkerhet og kvalitet<sup>1</sup>. I Norge har det vist seg at over halvparten av alle pasientklager grunner i dårlig kommunikasjon<sup>2</sup>. Et positivt lege-pasientforhold kan derfor resultere i redusert bruk av helsetjenester<sup>3</sup> og kan være viktig for pasienters helse<sup>4</sup>.

Fokus på å forbedre kommunikasjonsferdighetene hos medisinstudenter og leger har økt de siste årene, og det har vist seg at dette gir gode resultater<sup>5</sup>. Dette gjelder både internasjonalt, hvor det å trene på kommunikasjonsferdigheter i løpet av medisinstudiet mange steder har vært prioritert lenge, og også nasjonalt, hvor dette også har fått gradvis større plass i undervisningen. Kommunikasjon er en kjernekompetanse i medisinstudiet, som i likhet med andre kliniske ferdigheter kan læres<sup>6</sup>.

”Tidsskriftet for Den norske legeförening”, har publisert flere artikler som omhandler medisinstudiet, og hvordan rollen til framtidens leger bør være<sup>7,8</sup>. Tidsskriftets redaktør har på spalteplass poengtert ”anamnesens betydning i den diagnostiske prosessen ikke kan undervurderes”, og at mange diagnoser overses eller forsinkes fordi legen ikke fanger opp opplysninger i sykehistorien<sup>9</sup>. Anamnesen er viktig, ikke bare for å få fram opplysninger om symptomer og andre forhold som kan danne grunnlag for diagnosen, men like viktig er det å opptre på en måte som skaper tillit. Evnen til å lytte fremheves som en av de viktigste ferdighetene for å kunne bli en dyktig lege<sup>10</sup>.

”Prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved det helsevitenskapelige fakultet”, ved Universitetet i Tromsø, vektla nettopp kommunikasjon som en av de grunnleggende faglige ferdigheter de mener at studentene skal lære, i dokumentet ”morgendagens leger”<sup>10</sup>, som blei forfattet da revisjonsarbeidet av studieplanen startet i 2006. Da ny studieplan blei innført i

2012, ble dette fulgt opp, og tidlig pasientkontakt blei innført for bl.a. å oppnå det som i studieplanen omtales som ”profesjonell kompetanse”, hvor kommunikasjonsferdigheter er et av elementene. All undervisning skal være basert på en oppfatning av at pasienten er en viktig kunnskapskilde, og det er derfor viktig at studenten utvikler ferdigheter i kommunikasjon og fortolkning<sup>12</sup>. Studenten skal lære seg å kommunisere på en god, respektfull og hensiktsmessig måte<sup>11</sup>. Også de øvrige medisinske fakultetene i Norge har revidert sine studieplaner i løpet av de senere år, Universitetet i Oslo innførte ny studieplan i 2014<sup>12</sup>, mens NTNU i Trondhjem<sup>13</sup> og Universitetet i Bergen innfører ny studieplan i 2015<sup>14</sup>. Felles for alle er at undervisning i kommunikasjon vies større fokus.

Legerollen er ulik i ulike kulturer<sup>15</sup>. I enkelte asiatiske kulturer, og blant enkelte grupper av amerikansk urbefolkning, trenger ikke en ”god” lege å stille så mange spørsmål. Legen bør være i stand til å komme fram til riktig diagnose, ved å tolke tegn og symptomer<sup>15</sup>. Dette er i direkte konflikt med vår vestlige tilnærmingen, hvor vi verdsetter fagfolk som spør mange spørsmål, og faktisk lytter til det som blir sagt. I patriarkalske og hierarkiske samfunn som f.eks. Kina og Japan, er leger sett på som autoritetsfigurer, og legen deler lite informasjon med sine pasienter. Legen forventes å vite best, og å utvise best dømmekraft. Sjeldent meddeler legen diagnosen til pasienten<sup>15</sup>. I Norge har legerollen beveget seg bort fra denne paternistiske modellen, i retning av mer respekt, og en større vektlegging av pasientens autonomi og egenverd<sup>16</sup>. I rolleforståelsen som formidles i medisinstudiet er idealet at lege og pasient skal samarbeide om å komme fram til hvilke tiltak som er riktige. Pasientens synspunkter skal ha stor betydning, og legen skal informere om alternative tiltak<sup>17</sup>. Forutsetning for en slik lege-pasientrelasjon er nettopp god kommunikasjon.

## **1.2 Ulike kommunikasjonsmodeller**

Det har vært utformet en rekke modeller for lege- pasientkommunikasjon i løpet av de siste 30 årene. Noen er oppgaveorienterte, prosess eller resultat-baserte, noen er kunnskapsbasert, og noen er basert på lege-pasient-forholdet, eller på pasientens perspektiv på sykdom. Mange modeller innlemmer mer enn en av de ovennevnte<sup>18</sup>.

Alle disse konsultasjonsmodellene gir et rammeverk for læring og undervisning om kommunikasjon og konsultasjon for medisinstudenter, og modellene gjør det mulig for klinikeren å identifisere problematiske deler av kommunikasjonen, og å identifisere hvilken

ferdigheter de trenger å forbedre for å oppnå best mulig resultat. 17 ulike kommunikasjonsmodellene er beskrevet i Jonathan Silvermans ”Skills for communicating with patients”<sup>19</sup>.

Jonathan Silverman har også vært med på å utvikle ”Calgary-Cambridge guide to the medical interview”<sup>20</sup>. Calgary-Cambridgemodellen er en evidensbasert kommunikasjonsmodell for undervisning og læring. Calgary-Cambridgemodellen definerer både den informasjonen man bør innhente i konsultasjonen, samt den prosessen man bør bruke for å samle informasjonen. Modellen understreker viktigheten av pasientens perspektiv- tanker, holdninger, følelser og forventninger. Calgary-Cambridgemodellen integrerer de 3 typer kommunikasjonsferdigheter som skal gi en mer effektiv kommunikasjon: innhold, prosess og perseptuelle ferdigheter. Med ferdigheter innen ”innhold” menes det å innhente sykehistorien. Ferdigheter innen ”prosess” er knyttet til måten informasjonen blir samlet inn, hvordan man skaper tillit, og inneholder andre elementer som struktur, tempo og flyt av intervjuet. Perseptuelle ferdigheter er de underliggende tanker, følelser og holdninger, som påvirker kommunikasjonen. Dette inkluderer å løse det medisinske problem gjennom en syntese av informasjon, utvikling av hypoteser, samt bevisstgjøring av underliggende følelser, antagelser og fordommer.

Calgary-Cambridgemodellen deler konsultasjonen inn i følgende faser:

- Innledning (etablere kontakt, årsak til kontakt, etablere felles agenda).
- Samle informasjon (pasientens historie, åpne og lukkede spørsmål, identifisere verbale og non-verbale signaler).
- Bygge forholdet (dokumentasjon, akseptere pasientens synspunkter og følelser, vise empati og støtte).
- Forklaring og planlegging (gi fordøyelig informasjon og forklaringer).
- Avslutning (fullstendig oversikt, avtalte videre plan).

Til sammen inneholder modellen 56 punkter, som beskriver hvordan de ulike fasene bør gjennomføres. I tillegg beskriver den 15 tilleggspunkter som eventuelt kan benyttes.

Calgary-Cambridgemodellen brukes i undervisningen av medisinstudenter ved over 60% av utdanningsinstitusjonene i Storbritannia, den er den nest mest brukte



kommunikasjonsmodellen i medisinstudiet i USA<sup>21</sup>. I Norge benyttes den av både universitetet i Tromsø<sup>12</sup>, og Bergen<sup>15</sup>.

### **1.3 Ulike skåringsverktøy for vurdering av lege- pasientkommunikasjon**

Det finnes flere ulike skåringsverktøy for å vurdere hvor god kommunikasjonen mellom lege og pasient er<sup>22</sup>. Noen er designet for å evaluere kommunikasjonen ut fra pasientens perspektiv, og andre er designet for å evaluere kommunikasjonen sett fra legens perspektiv.

De fleste av skåringsverktøyene som er beskrevet i litteraturen, er designet for at en observatør skal vurdere kommunikasjonen, og å gi poeng på det som observeres. Leger og pasienter kan ha forskjellig oppfatning om hvorvidt kommunikasjonen er god, og det kan ofte være liten enighet med hensyn til kvaliteten på kommunikasjonen som har funnet sted. En mulig forklaring på avviket mellom pasienters og legers oppfatning er at de i utgangspunktet har ulik mening om hva som er viktig for kommunikasjon under deres møte<sup>23</sup>.

Pasienttilfredshet som mål, har vist seg å ha lav sensitivitet, og er ikke godt nok egnet som verktøy for å identifisere leger med dårlige kommunikasjonsferdigheter<sup>24</sup>.

### **1.4 Bruk av videopptak for opplæring i kommunikasjonsferdigheter**

Å kunne bruke videokonsultasjoner som viser kommunikasjon mellom leger og pasienter kan være nyttig i undervisning. Siden pasienter er godt beskyttet av personvern, kan det være vanskelig å bruke video av reelle konsultasjoner til dette formålet<sup>25</sup>. De fleste konsultasjoner som tas opp på video, filmes i forskningsøyemed, og er i liten grad tilgjengelig for bruk i undervisning, dette til tross for at det er et ønske om dette<sup>25</sup>.

Simulerte pasientkonsultasjoner, der medisinstudenten filmer seg selv i konsultasjon med en fiktiv pasient, brukes også i undervisning<sup>26</sup>. Ved universitetet i Bergen har man tatt i bruk profesjonelle skuespillere til dette formålet, og videokonsultasjoner med skuespillere som pasienter brukes både i kommunikasjonsundervisning tidlig på studiet, og konsultasjonsundervisning det siste studieåret<sup>26</sup>. Generelt er det imidlertid slik at tilgangen på realistisk videomateriale er lite, og ofte av dårlig kvalitet.

Et alternativ til dette kan være å se til dramatisering av lege-pasientkommunikasjon på film.

Tv-serier og film har gjerne en høy lyd og bildekvalitet, men med krav til dramaturgisk

fremgang og nerve, kan graden av realisme kompromitteres. Flere populære og mye sette TV-serier har en handling som utspiller seg på sykehus, og hvor leger er hovedkarakter i handlingen. Dr. House er en av disse. Et annet eksempel er svært populære ”Grey’s Anatomy”, en serie hvor møtene mellom leger og pasienter ofte utspiller seg på operasjonssalen, og handlingen er preget av mye drama mellom rollefigurene. Serien ”Scrubs” har preg av komedie, og underholdningsverdien er således større enn realismen. Sykehusserien ”Akutten” fra et sykehusmiljø i Chicago hadde svært høye seertall i USA, og er med sine 15 år den lengstlevende sykehusserien som er laget. I denne serien var –naturlig nok– møtene mellom legen og pasient preget av høyt tempo og kritisk sykdom/skader. TV-serier som utspiller seg i sykehusmiljø er mange, og ser ut til å fenge TV-seere. TV-serien om Dr House skiller ut ved at hovedfokus i handlingen ligger på nettopp den diagnostiske prosessen. Serien er laget for underholdning, men innholdet kan likevel være lærerikt og informativt. Slike TV-serier er lett tilgjengelige, og det er interessant å finne ut om det å studere kommunikasjon mellom TV-karakteren Dr House og hans pasienter, kan ha læringsverdi for medisinstudenter og leger i den virkelige verden. En gjennomsnittlig konsultasjon i allmennpraksis, er i ulike studier målt til å vare mellom 19-21 minutter<sup>27, 28</sup>. Møter mellom leger og pasienter i TV-serier er naturlig nok av mye kortere varighet.

## **1.5 TV-serien ”House MD”**

TV-serien ”House MD”, eller ”Dr House” som den kalles på norsk, er en amerikansk dramaserie spilt inn over åtte sesonger. Handlingen i serien er lagt til et sykehusmiljø i en amerikansk storby, og handler i hovedsak om den eksentriske legen Dr House, hans diagnostiske arbeid, og hans ukonvensjonelle måte å behandle pasientene.

Seriens hovedperson Dr Gregory House, karakteriseres som usympatisk og selvcentrert, og han beskrives som et ”medisinsk geni”.

Houses grunnleggende mistillit til pasientene gjenspeiles i et utsagn som nærmest har blitt hans motto, ”everybody lies”.

Serien har vært gjenstand for stor interesse, til dels også fra fagpersonell. Det finnes nettsider der symptomer, medisinske diagnoser og behandling i alle seriens episoder har vært evaluert av leger, og hvor graden av realisme er vurdert<sup>29</sup>. ”The American Journal of Medicine” har

publisert en fransk artikkel som omhandler realismen i sesong 7 av serien<sup>30</sup>. 18 episoder er i denne artikkelen vurdert i sin helhet, med henblikk på populasjon (kjønn/aldersfordeling blant pasientene), bruk av diagnostiske verktøy og medisinske intervensjoner og behandling. Konklusjonen var at handlingen ikke er realistisk, og det opplyses for øvrig at de analyserte episodene har et publikum som utgjør hele 33% av Frankrikes totale seermasse<sup>30</sup>.

## 1.6 Problemstilling

Denne studien har flere hensikter. For det første å vurdere de ulike elementene i kommunikasjonen mellom Dr House og hans pasienter, ut fra de retningslinjer og kommunikasjonsmodeller som er normen, når dagens medisinstudenter lærer hvordan de bør kommunisere med sine pasienter. En annen hensikt er å finne ut om det å se på hvordan dr House kommuniserer med sine pasienter, har læringsverdi, og kan være til nytte i kommunikasjonsundervisning.

Problemstillingen for oppgaven er: **Hvordan kommuniserer Dr House med sine pasienter?**

## 2 Material og metode

### 2.1 Datainnsamling

I denne oppgaven var materialet kjent på forhånd. Data er hentet fra de fem første sesongene av TV-serien om dr House, som på forhånd var anskaffet på DVD. Serien er i alt spilt inn i åtte sesonger. Da det blei besluttet å avgrense materialet til klipp fra de fem første sesongene, og å ikke inkludere alle innspilt episoder, var dette fordi episodenes handling endret seg vesentlig fra og med fjerde sesong av serien. I de første 3 sesongene av serien, er hovedhandlingen i hver episode bygget opp rundt en hovedkasus, der dr House jobber sammen med sitt team for å komme fram til riktig diagnose. I tillegg til dette finner det sted en del polikliniske konsultasjoner. I sesong 4 endres i stor grad handlingen i serien, dr House bytter i denne sesongen ut hele staben sin, handlingen konstrueres rundt denne prosessen, og fokus for historien flyttes bort fra den diagnostiske prosessen. Det er jevnt over lite kontakt mellom dr House og pasienter i alle de 16 episodene i sesong 4. Trenden fortsetter i sesong 5, der dramatiseringen av møtene mellom dr House og pasientene også endrer karakter, og arter seg på en slik måte at de i enda mindre grad ligner en reell/tradisjonell pasientkonsultasjon, og således vanskelig lar seg evaluere med det valgte skåringskjemaet. Det besluttet derfor å ikke se flere sesonger av serien, siden hensikten er å vurdere nettopp kommunikasjonen mellom dr House og pasientene hans.

Totalt 98 episoder, med en varighet på 41-42 minutter blei sett, og klipp hvor dr House snakke med pasienter blei identifisert med nøyaktig tidsangivelse og en beskrivelse av hva samtalen dreide seg om. Deretter blei alle klippene evaluert, etter et på forhånd utarbeidet skåringskjema.

Klippene som er evaluert i oppgaven, viser både polikliniske konsultasjoner, og møter mellom dr House, og pasienter som er innlagt på sykehuset. Det er de polikliniske konsultasjonene som best lar seg evaluere ut fra skåringskjemaet, da de oftere inneholder alle de sekvenser en tradisjonell konsultasjon er bygget opp av, og følger en tradisjonell struktur for en lege-pasientkonsultasjon. I mange av klippene er det imidlertid slik at man hopper rett inn i handlingen, uten den innledende fasen av konsultasjonen, eller at klippet avsluttes før konsultasjonen er ferdig. Møtene mellom dr House og pasientene som han treffer på

sengepost, viser ofte heller ikke alle fasene i en normal konsultasjon, især gjelder dette ved andre eller tredjegangs møter. Jeg har likevel valgt å inkludere, og å skåre alle klipp der dr House kommuniserer direkte med sine pasienter. Klipp der dr House møter pasienter som er bevisstløse, eller der pasientene er spedbarn som ikke snakker selv, er ikke tatt med i oppgaven. Heller ikke klipp som viser møter mellom dr House og pasienter der han i hovedsak iverksetter behandlingstiltak, utredningstiltak etc, eller tilfeldige møter med pasienter i korridor og andre steder enn undersøkelsesrom/pasientrom er tatt med.

Siden seriens hovedhandling er legen Gregory House, og hans arbeid, så viser serien relativt ofte ”komplette” konsultasjoner. Komplette i den forstand at klippene følger konsultasjonen fra begynnelse til slutt, selv om varigheten av disse møtene kan ikke sammenlignes med varigheten av en reell pasientkonsultasjon. Lege-pasientmøtene er ikke mange ilet hver episode, men dette til tross er de møtene som finner sted godt egnet til å studere kommunikasjonen, og kvaliteten på denne, mellom dr House og hans pasienter.

## **2.2 Valg av skåringskjema**

PROFKOM (profesjonel kompetanseutvikling) ved UiTø har utarbeidet et dokument om ”pasientmøtet”, som omhandler faser, mål og legens ferdigheter i møtet med pasienter<sup>31</sup>. Betegnelsene i dokumentet er i hovedsak oversatt fra Calgary-Cambridge-Communication Guide, med suppleringer og tilpasninger til det som komiteen oppfatter som vanlige arbeidsmåter i norsk medisinsk praksis. Dette rammeverket består av 74 spesifikke ferdigheter, kalt ”verktøykassa”. PROFKOM har med bakgrunn i denne verktøykassa, også utarbeidet ”skåringskjema for videopptak”, som brukes for evaluering av videokonsultasjoner, for medisinstudenter ved UiTø. Jeg ønsket i utgangspunktet å benytte meg av dette skåringskjemaet for vurdering av pasientmøtene i materialet. PROFKOMs skåringskjema er en normativ modell, som er tilpasset å skåre reelle konsultasjoner i allmennpraksis, eller som et verktøy til videokonsultasjoner der en student eller lege skal skåre seg selv. Skjemaet er dessuten også ment å evaluere den praktiske gjennomføringen av konsultasjonen, og både kliniske ferdigheter og etterarbeid er elementer som vurderes i dette skjemaet. Etter å ha evaluert flere klipp ved hjelp av PROFKOM sitt 24 punkts skåringskjema, var min erfaring at formatet var vanskelig å bruke til mitt formål. Dels fordi at flere av de 24 punktene omfatter de nevnte elementene ”klinisk undersøkelse” og ”etterarbeid”, som ikke var relevant for min

oppgave, og dels fordi poengskalaen med skårene 0:mangler helt, 1:for lite, 2:passer, 3:svært bra, opplevdes som unyansert.

I mitt bakgrunnsarbeid i forbindelse med denne oppgaven, blei det lest flere artikler om bruk av skåringsverktøy for evaluering av lege-pasientkommunikasjon<sup>20,21</sup>. Det finnes flere slike skåringsverktøy, og mange av disse er relativt like i sin utforming. Jeg ønsket å bruke et skåringsverktøy som var basert på rammemodellen Calgary-Cambridge, og etter et grundigere litteratursøk, fant jeg fram til ”the 28 item Calgary Cambridge Observation Guide”<sup>32</sup> - heretter omtalt som CCOG, designet for nettopp å evaluere kommunikasjonsferdigheter i den medisinske konsultasjonen. Til forskjell fra mange av de andre skåringsverktøyene som er beskrevet i litteraturen, er de psykometriske egenskapene til denne kortversjonen av Calgary Cambridge Guide analysert for å avgjøre om den kan anbefales for bruk i evaluering av kommunikasjonsferdigheter for medisinstudenter. 30 medlemmer av ”Department of General Practice, Family Medicine” ved University of Göttingen i Tyskland har testet modellen<sup>32</sup>, og konkluderte med at CCOG som instrument for vurdering av legestudenters kommunikasjonsferdigheter viste god distribusjon av tallkarakterer, uten betydelig forskyvning i retning verken opp eller ned. Ved anvendelse av CCOG fant forfatterne god test-retest reliabilitet, altså godt samsvar mellom første og andre test av samme material - og god validitet av skjemaet, altså at instrumentet faktisk målte det man ønsket det skulle måle.

CCOG består av 28 punkter, som blei implementert i skåringskjemaet mitt. Disse punktene er inndelt i undergruppene ”innledning av konsultasjonen”, ”innsamling av informasjon”, ”forståelse for pasientens perspektiv”, ”struktur”, ”skape tillit” og ”avslutning av konsultasjonen”. Jeg synes disse 28 punktene fungerte godt for å vise bredde og nyanse i kommunikasjonen som forekommer i TV-serien, samtidig som den ikke inneholder elementer som det ikke er relevant å skåre.

I tillegg til disse 28 skåringspunktene, hadde jeg med følgende faktorer:

- Start- og sluttidspunkt for klippet, slik at det skal være enkelt for andre å finne fram til det i den aktuelle episoden.
- Beskrivelse av pasientmøtet i klippet, slik at en underviser eller en student senere eventuelt kan vurdere om det vil være aktuelt å bruke klippet i undervisning.

Jeg satte opp de ulike faktorene i et skåringskjema (excel).

Etter å ha valgt skåringskjema, gjorde jeg en vurdering av hvilken poengskala som skulle brukes. Skårene i PROFKOM sitt skjema var testet, og opplevd som unyansert. Jeg besluttet å benytte en 5-poengsskala, der 1 er laveste skår, og 5 er høyeste skår. 1: Poor, 2: Fair, 3: Good, 4: Very good og 5: Excellent. Denne poengskalaen ble testet, og funnet å gi en mer nyansert skåring av kommunikasjonen. En 5-poengsskala er også brukt i den nevnte studien av CCOG, men da med ”motsatt” skala –typisk tysk modell, der 1 er beste skår, og 5 er laveste skår. I likhet med min erfaring, valgte testerne av CCOG å utvide den opprinnelige skalaen fra en 1-3 skalaen, til 1-5. De valgte i sin testing å snu den opprinnelige skalaen, jeg har valgt å snu den tilbake, da dette er mest vanlig i de fleste skåringsverktøy er kjent med. Skåringskjemaet og poengskalaen ble testet på 13 ulike klipp av både student og veileder, og det ble besluttet å benytte denne modellen for det videre arbeidet med oppgaven. Det endelig utformede skåringskjemaet sees i vedlegg 2.

### **2.3 Utarbeidelse av resultatene**

Jeg har sett gjennom 98 episoder fordelt på de 5 første sesongene av dr House. Det ble identifisert til sammen 158 klipp, som er beskrevet og tidsangitt i vedlegg 1, ”klippliste”. Etter å ha identifisert de aktuelle sekvensene, ble det gitt poeng på de ulike punktene fra ”the 28 item Calgary Cambridge Observation Guide”. De 28 punktene i CCOG er igjen delt opp i 5 subkategorier. Bearbeidelse og beskrivelse av tallmaterialet fra skåringskjemaet danner grunnlag for diskusjonen i oppgaven.

## 2.4 Arbeidsprosessen

I februar 2015 etablerte jeg kontakt med veilederen min. Vi hadde vårt første møte, hvor vi skrev kontrakt og startet planleggingen rundt oppgaven. I den første fasen av arbeidsprosessen ble tiden brukt på å finne fram til et best mulig skåringsverktøy, og å sette seg inn i det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Flere skåringsmodeller ble studert, og to modeller ble utprøvd, av både student og veileder. Etter dette begynte selve datainnsamlingen.

Gjennomgang av TV-klippene var tidkrevende. Materialet som var omfattet av vår opprinnelige prosjektbeskrivelse, utgjorde til sammen 177 episoder. Etter å ha sett gjennom 98 av disse episodene, og å ha identifisert og evaluert de aktuelle klippene i disse episodene, ble det besluttet at det til da innsamlede materialet var stort nok. Den samlede varigheten av alle TV-episodene som ble gjennomgått, var om lag 69 timer. Gjennomgangen av videomaterialet var fordelt over en periode på om lag 4-5 uker. I begynnelsen av mars 2015 startet jeg med bearbeiding av innsamlet materiale, og med selve oppgaveskrivingen. Veileder og student kommuniserte i denne delen av arbeidsprosessen hovedsakelig pr telefon og mail. Senere i skriveprosessen ble også en biveileder trukket inn i arbeidet med oppgaven. Skriveprosessen er det jeg totalt har brukt mest tid på, i arbeid med oppgaven. Slutføring av oppgaven har foregått i samarbeid med veileder og biveileder, som har bidratt med innspill og forslag til forbedringer.



### **3. Resultat**

Jeg har sett alle episodene av de fire første sesongene av serien, og halvparten av episodene i den femte sesongen av serien. Dette utgjør til sammen 98 episoder. Jeg fant 158 klipp som var relevante, og som blei analysert. Klippene har en gjennomsnittslengde på 87 sekunder.

Klippene er av god kvalitet, både lydmessig og bildemessig. Mange klipp viser pasientmøter fra ”begynnelse til slutt”, slik at alle elementer i skåringsverktøyet blir brukt. Pasientkasusene er dramatisert med både symptompresentasjon og dialog, som gjør at disse kan ha en overførbarhet til den virkelige verden.

### 3.1 Total gjennomsnittlig skår for de 28 punktene i CCOG

Tabell 1

	Total gj.snitt skår
Greets patient	1,38
Introduces self and role	1,43
Demonstrates respect	2,08
Identifies and confirm problems list	2,39
Negotiate agenda	1,77
<b>Sum "beginning the session"</b>	<b>1,81</b>
<hr/>	
Encourages patient to tell story	2,34
Appropriately moves from open to closed questions	2,23
Listens attentively	2,8
Facilitates patient's responses verbally and non-verbally	2,24
Uses easily understood questions and comments	2,99
Clarifies patient's statements	2,65
Establishes dates	2,97
<b>Sum "gathering information"</b>	<b>2,6</b>
<hr/>	
Determines and acknowledges patient's ideas regarding cause	1,98
Explores patient's concerns regarding problem	1,74
Encourages expression of emotions	1,53
Picks up/respond to verbal and non-verbal clues	3
<b>Sum "understanding patients perspective"</b>	<b>2,0</b>
<hr/>	
Summarises at end of a specific line of inquiry	2,81
Progresses using transitional statements	1,66
Structures logical sequence	2,95
Attends to timing	2,81
<b>Sum "providing structure to consultation"</b>	<b>2,55</b>
<hr/>	
Demonstrates appropriate non-verbal behaviour	2,05
If reads or writes, doesn't interfere with dialogue/rapport	2,7
Is not judgemental	2,14
Empathises with and supports patient	1,97
Appears confident	4,95
<b>Sum "building relationship"</b>	<b>2,76</b>
<hr/>	
Encourages patient to discuss any additional points	1,48
Closes interview by summarising briefly	2,63
Contracts with patient regarding next step	2,8
<b>Sum "closing the session"</b>	<b>2,3</b>

Tabell 1 viser fordelingen av resultatet for alle de 28 elementene, med den totale poengsummen for CCOG, etter evaluering av alle de 158 klippene.

### 3.2 Total fordeling av poeng, og fordeling mellom de ulike subkategoriene.

Den totale teoretiske poengskåren som kan oppnås ved bruk av skåringskjemaet "The 28 item Calgary Cambridge Observation Guide" er 140 poeng. Dette gitt at man skårer poengsum 5, "excellent" på alle de 28 punktene. I gjennomsnitt skårer dr House 51,78 poeng på sine konsultasjoner. Dette gir en gjennomsnittlig karakter på 1,8, som er rett i underkant av karakteren 2, "fair". Oversikten viser at poengene er noe ujevnt fordelt, slik at dr House jevnt over skårer høyt på enkelte områder, og svært lavt på andre. Også innenfor de ulike subkategoriene er poenggivingen ujevnt fordelt.

Lavest skårer dr House på subkategorien "**beginning the session**", den innledende fasen av konsultasjonen. Her ligger han på en gjennomsnittlig skår på 1,81 når alle de fem elementene summeres. Dårligst skårer han på det å hilse på pasienten, og ofte entrer han rett og slett undersøkelsesrommet uten så mye som et "hei". Gjennomsnittlig skår på element nr 1, "greet patient" er lavt. Han presenterer seg sjeldent, og på element nr 2, "Introduces self and role" er gjennomsnittsskåren tilsvarende lav. Når det gjelder å utvise respekt for sine pasienter skårer dr House i snitt bare rett i overkant av karakteren 2 "fair".

*Pasient: "Are you this rude to all your patients?"  
House: "Yes. Don't think you're special."*

Grunnen til at han samlet sett får en litt høyere skår på den første subkategorien, er at han nokså effektivt identifiserer pasientens problem, og på punkt nr 4 "identifies and confirm problems list" skårer dr House gjennomsnittlig noe høyere. Han er imidlertid svært uvillig til å diskutere agenda med sine pasienter, og på element 5 "Negotiates agenda", skårer han også i snitt lavt.

Den andre subkategorien handler om innsamling av informasjon, **"gathering information"**. Det er i denne kategorien dr House skårer høyest totalt sett. Han stiller presise spørsmål, ikke nødvendigvis for at pasienten selv skal få lufte tankene sine, men for at han selv så raskt som mulig skal kunne få fram informasjonen han er ute etter. På element nr 10 "uses easily understood questions and comments" skårer dr House i gjennomsnitt 2,99 poeng, et av sammendragets høyeste gjennomsnittsskår. Det samme gjelder også for element 12, "establishing dates", der gjennomsnittsskår også er høy. Funnet kan eksemplifiseres ved hjelp av følgende dialog, fra et møte mellom dr House og en pasient som oppsøker poliklinikken:

*Pasient: "Jeg har astma. De sa at det skulle bli bedre, men alt er som før"*

*Dr House: "Vel, leger gjør jo feil en gang iblant. Vi må forsøke å rette det opp. Bruker du inhalatoren?"*

*Pasient: "Ja, ofte. Det går med en i uken"*

*Dr House: "Bruker du den riktig da?"*

*Pasient: "Ser jeg ut om en idiot?"*

*Dr House: "Nei. Vis meg hvordan inhalatoren fungerer"*

*- Pasienten plukker inhalatoren opp fra handveska, og sprayer en dusj på hver side av halsen, som om det skulle være en parfyme.*

I løpet av en dialog av 34 sekunders varighet, identifiserer dr House problemet, og løser dette. Uten bruk av direkte spørsmål, og uten å be om at pasienten demonstrere hvordan hun bruker sprayen, hadde han ikke oppnådd resultatet like fort.

Tallene viser at dr House er effektiv og direkte i innhenting av informasjon.

I subkategori tre **"understanding patients perspective"** skårer dr House også gjennomsnittlig lavt. Han er uinteressert i pasientens tanker om hva som ligger bak plagene, noe som gjenspeiles i den lave gjennomsnittskaracteren på element 13 "determines and acknowledges patient's ideas regardign cause".

*"Do I get bonus points, if I act like I care?" – Dr House*

Gjennomsnittskaracteren er enda lavere på de neste elementene, "Explores patient's concerns regarding problem" og "encourages expression of emotions". Det er kun på en håndfull av klippene jeg har vurdert, i alle de episodene jeg har sett, at dr House viser interesse på dette punktet. Gjennomsnittskaracteren i subkategorien heves betraktelig av at dr House skårer høyt

på element nr 16, "Picks up/respond to verbal and non-verbal clues". Her er gjennomsnittlig skår hele 3, "good". Dr House er en aktiv observatør, og mange ganger kan det være små subtile hint som gjør at han kommer fram til riktig slutning.

Dr House er jevnt over svært strukturert. I subkategorien som omhandler struktur, "**providing structure to the consultation**", har han en høy gjennomsnittlig skår. Det elementet som trekker ned her er element 18, "progressing using transitional statements". Han har god struktur, og er tidsmessig effektiv, og er flink til å oppsummere underveis. Dr House kommuniserer ikke mer enn høyst nødvendig med pasientene sine, og det at klippene er av en gjennomsnittlig varighet på bare 87 sekunder, understreker nettopp dette.

I subkategori "**Building relationship**" inngår elementene 21-25. På fire av disse skårer dr House jevnt over dårlig. Disse elementene omhandler hvor dømmende legen er, om han viser empati, og om legen utviser en passende nonverbal adferd.

*Dr House: "Yes. I'm Dr House. I'll be making sure you get better, so that I won't have to deal with you anymore"*

*Pasient: "But we've only just met. How can you tell me that you can't deal with me yet?"*

*Dr House: "Trust me, I just know. All my patients piss me off, why should you be any different?"*

Element 25 handler om selvsikkerhet. På punktet "appears confident" skårer dr House karakteren 5 "excellent" i så godt som alle konsultasjonene.

*"Humility is an important quality. Especially if you're wrong a lot.... Of course, when you're right, self-doubt doesn't help anybody, does it?" - Dr House.*

Til slutt inneholder skåringsskjemaet tre punkter hvor avslutningen av konsultasjonen vurderes. I subkategorien "**Closing the session**" skårer dr House relativt lavt, først og fremst fordi han på element 26 "encourages patient to discuss any additional points" i gjennomsnitt bare får karakteren 1,48. På den positive siden viser det seg at dr House i denne kategorien jevnt over er flink til å avslutte konsultasjonene/pasientmøtene med en kort oppsummering.

*"Gotta go! Building full of sick people, if I hurry, maybe I can avoid them." – Dr House*

## 4 Diskusjon

### 4.1 Hvordan kommuniserer dr House med sine pasienter?

Dr House beskrives som ”brilliant” og ”genial”. Denne karakteristikken tar jeg ikke stilling til. Ingen skåringsverktøy er designet for å evaluere disse egenskapene, og for å kunne trekke slike konklusjoner. Hans påståtte diagnostiske treffsikkerhet er hovedhandlingen i TV-serien. Dette temaet er diskutert og vurdert av overraskende mange, også i artikler publisert i seriøse medisinske tidsskrift, men jeg tar i denne oppgaven heller ikke stilling til dette. Lite, eller ingenting er i det bakgrunns materialet jeg har studert, beskrevet om hans kommunikative ferdigheter. Tallrike sitat underbygger beskrivelsen av en lege som hater å snakke med pasienter, og som behandler sykdommer, ikke pasienter.

*"Treating illness is why we became doctors. Treating patients is actually what makes most doctors miserable."* – Dr House

På dette grunnlaget kan man tenke seg at de fleste tar for gitt at dr House kommuniserer “dårlig” med pasientene sine, og ikke vier dette temaet større oppmerksomhet.

Selv om dr House ser på kommunikasjon som et nødvendig onde, og helst vil være det foruten, så viser tilstedeværelsen av pasientmøter i serien, at nettopp kommunikasjon også for han, ofte er en del av den diagnostiske prosessen, og en brikke i å løse det puslespillet det kan være å finne fram til riktig diagnose.

Min evaluering viser at han skårer dårlig på elementer som assosieres med respekt, empati og innlevelse. Dette er helt i tråd med hvordan karakteren dr House er skapt. Kommunikasjon, og kvaliteten på denne, er imidlertid sammensatt av mange elementer. “God” kommunikasjon innebærer også at den er hensiktsmessig, ikke bare for å ivareta pasientens følelser, men for å effektivt oppnå riktig diagnose og behandling. Når dr House først er nødt til å kommunisere med pasientene sine, så gjør han det effektivt. Han er direkte, han stiller tydelige spørsmål, han hører godt etter, slik at han får med seg alt som blir sagt. Jevnt over er det lite variasjon i hvordan dr House skårer på de ulike kommunikasjonsferdighetene, i alle de 158 pasientmøtene jeg har evaluert, mellom han og hans pasienter. Hans fremtreden er svært konsekvent gjennom alle episoder, i alle sesongene, og dette er også i tråd med beskrivelsen av rollefiguren. Han har en grunnleggende menneskeforakt, som han ikke legger skjul på.

## 4.2 Er kommunikasjon nyttig, også for dr House?

Ingen leger, innenfor det rammeverket vi utdannes i, og i medisinsk praksis, anses som ”geniale” hvis de velger bort kommunikasjon med pasienter. All forskning viser at å kunne benytte pasienten som kunnskapskilde, og å samle inn så mye og så riktig informasjon som mulig tidlig i utredningsforløpet, er en fornuftig prioritering.

*”I’ve found that if you want to know the truth about somebody, that somebody is the last person you should ask” – Dr House*

*“If we don’t talk to them, they can’t lie to us, and we can’t lie to them” – Dr House*

Mistillit til pasientene gjør legen fullstendig avhengig av diagnostiske tester og egne deduktive evner, og det er ikke alle leger forunt å ha tilgang til de personlige og økonomiske ressurser dr House råder over. Dr House må likevel i mange av utredningsforløpene, når testing og sykehistorie innhentet via legeteamet hans ikke gir nok informasjon, selv snakke med pasientene. Også for han er det å gå rett til kilden, en del av det diagnostiske puslespillet. Dr House er ifølge resultatene i evalueringen en dyktig utøver av flere kommunikasjonsferdigheter, og kommunikasjonen gir resultater, selv om han på forhånd har bestemt seg for at kommunikasjon har liten nytteverdi.

## 4.3 Er høy poengskår nødvendigvis positivt?

I kommunikasjonsguiden Calgary Cambridge, beskrives det i punkt 25, at det er et mål at legen ”demonstrates appropriate confidence”. I skåringsverktøyet/observasjonsguiden Calgary Cambridge, er dette punktet omskrevet til ”appears confident”. Jeg mener at endring i ordlyden, også endrer meningsinnholdet. At selvsikkerhet anses som en viktig og riktig egenskap, må være ut fra en tanke om at dette gagnar pasienten. En selvsikker lege skaper

trygghet, når pasienten opplever å føle seg usikker og utrygg. Skåringsverktøyet, slik dette punktet er formulert, skiller ikke mellom graden av selvsikkerhet tilpasset den aktuelle situasjonen, eller den overdrevne og arrogante selvsikkerheten som er gjennomgående for hvordan karakteren dr House fremstår. Jeg mener at skåringsverktøyet slik det er utformet, på dette området er et dårlig verktøy for å vurdere den kommunikasjonsferdigheten som er beskrevet i rammeverket.

Dette punktet var for øvrig også et av punktene som hadde lav ICC-verdi blant testerne i studien som analyserer skåringsverktøyet ved University of Göttingen, noe som kan tolkes som at de som skåret dette, vurderte denne egenskapen ulikt. Dr House er såpass tydelig karikert, at det for meg aldri var vanskelig å sette karakter på akkurat denne egenskapen. Dr House får full skår på selvsikkerhet i så godt som hvert eneste pasientmøte, slik denne kommunikasjonsferdigheten er formuleringen i skåringsverktøyet. Dette gjør også at dr House sin kommunikasjon i mitt materiale totalt sett får gjennomsnittlig høy skår på subkategorien ”building relationship”, hvor dette elementet inngår. Dette er et paradoks, for det første sett i lys av at karakteren slik han er skapt, ikke bryr seg om å etablere en god relasjon til pasientene.

Resultatet er også i kontrast til hvordan dr House skårer på de andre elementene som inngår i den aktuelle subkategorien. Å vise empati, og å støtte pasienten, er kommunikasjonsferdigheter dr House ikke behersker, eller i alle fall ikke ferdigheter han benytter seg av.

Jeg mener at det på flere av de andre kommunikasjonselementene sees et lignende paradoks, om enn ikke like tydelig. ”Uses easily understood questions and comments” og ”establishes dates” er to av kommunikasjonselementene hvor dr House oppnår høy skår. Å bruke direkte og tydelig språk anses som en viktig ferdighet, men når det utføres uten fintfølelse og uten å tilpasses mottakerens forutsetning for å håndtere informasjonen, så vil jeg tro at dette kan oppleves negativt for pasienten. Dette mener jeg også gjelder i virkelige møter mellom lege og pasient.

Den komprimerte versjonen av Calgary Cambridge-modellen, slik den er utformet i skåringsverktøyet, mangler noen av nyansene i det mer detaljerte rammeverktøyet, i den opprinnelige Calgary Cambridge-modellen. Jeg mener at det å kjenne godt til alle



ferdighetsbeskrivelsene i rammeverktøyet, er en forutsetning for å kunne bruke skåringsverktøyet riktig.

#### **4.4 I hvor stor grad kan en observatør vurdere om kommunikasjonen er ”god” eller ”dårlig”?**

Mange av elementene i ulike kommunikasjonsmodeller, og følgelig også skåringsverktøy som er utarbeidet for å evaluere denne kommunikasjon, omhandler å utvise tilstrekkelig respekt og empati for pasienten, og respekt for pasientens opplevelse av situasjonen. Pasientens opplevelse vil imidlertid alltid være subjektiv. Ulike pasienter vil kunne oppleve samme situasjon, og samme adferd fra legen, ulikt. Når en observatør likevel vurderer disse elementene, og gir en skår på skala fra ”god” til ”dårlig”, forutsetter det at rammeverket på en god nok måte har definert hva de ulike ferdighetene innebærer, og at alle aktører –utøvere og observatører- har en felles forståelse for hva som er bra, og hva som er mindre bra. Bare slik har bruk av skåringsverktøy en verdi, og evaluering kan være nyttig. Bruk av skåringsverktøy for å vurdere samspillet mellom en fiktiv lege, og en fiktiv pasient i en TV-serie, kan gi økt bevisstgjøring av begrepsinnhold, og et aktivt forhold til gradering av kvalitet, og nyansene i poengskalaen.

Skåringsverktøyet skiller ikke mellom fiktivt, og reelt. Det skiller ikke mellom kommunikasjon mellom en reell lege og reell pasient, reell lege og skuespillerpasient, eller mellom en skuespillerlege og skuespillerpasient.

Jeg mener at dette heller ikke er det viktigste. Tallene man kommer fram til ved å bruke et slikt skåringskjema, gir ingen objektiv sannhet. De kan ikke brukes til annet enn å identifisere hva som er ”bra nok”, eller hva som bør bli bedre. Dette forutsetter at man har en god forståelse for hva som regnes som bra, og hva som regnes som dårlig. Det er jo nettopp dette implementering av kommunikasjonsmodeller i utdanning av leger har til hensikt å oppnå.

*”Do I get bonus points, if I act like I care?” – Dr House*

I denne sammenhengen er svaret ”ja”! Man får ekstra poeng fra observatøren, hvis man later som om man bryr seg. Om legen virkelig bryr seg, vil ingen skåringsverktøy kunne avsløre, med mindre det er legen selv som rapporterer. Legen skal vise omtanke for pasienten, for pasientens skyld, uavhengig av hva legen selv måtte føle for.

#### **4. 5 Kan vi lære noe om kommunikasjon, av å se på dr House?**

Holdningsendring og bevisstgjøring blant studenter er ikke nok for å få til endring av atferd. Kommunikasjon består av flere ferdigheter, som må læres og øves på.

Dr House er en konstruert karakter, stereotypisk framstilt, og med en adferd som hører hjemme i en paternalistisk kommunikasjonsmodell. Som gjenstand for gjennomgang og diskusjon, for studenter som skal lære om kommunikasjonsferdigheter, mener jeg likevel at den mengden materiale TV-serien utgjør, er en god kilde til eksempler på kommunikasjon mellom lege og pasient. Materialet viser mange fiktive pasientmøter, som kan drøftes i forbindelse med opplæring i de ulike kommunikasjonsferdighetene. De ulike karaktertrekkene til dr House, og hans måte å forholde seg til omgivelsene sine fremstår som sterkt overdrevet. Nettopp graden av overdrivelser og karikatur, tydeliggjør både de ”gode” og de ”dårlige” kommunikasjonsferdighetene. Ved mengdetrening, og mulighet til å observere mange situasjoner, kan man se ikke bare eksempler til etterfølgelse, men man kan også lære hvordan man ikke bør oppføre seg mot pasienter.

Det har også læringsverdi å reflektere over at den stereotype framstillingen av legen som en arrogant og autoritær skikkelse, fortsatt opprettholdes. TV-serier som dr House er fiksjon, men den har, sammen med en rekke andre serier, en stor seermasse som ikke nødvendigvis greier å se dette skillet mellom fiksjon og virkelighet like tydelig. Pasienters opplevelse av legemøtet, avgjøres ikke bare av hva som finner sted på det aktuelle møtet. Pasientens forventninger på forhånd påvirker, og om pasientens forventning er at legen er en person som

ikke er særlig opptatt av hva pasienten har å si, vil det være ekstra viktig at legen viser tydelig interesse for pasientens meninger og følelser.

#### **4.6 Styrke og svakheter ved studien**

Jeg har brukt mye tid på å samle data fra materialet, dvs å identifisere de ulike klippene i serien hvor lege-pasientkommunikasjon finner sted. Gjennomgangen av materialet har vært veldig grundig og systematisk. Tiden som ble brukt på å velge ut, og å teste noen av de ulike alternativene, mener jeg var vel anvendt tid. Instrumentet som ble benyttet, ble valgt på bakgrunn av en grundig gjennomgang av litteratur, og var av aktuelle skåringsverktøyene det eneste hvis psykomotoriske egenskaper var så grundig analysert og dokumentert. Det valgte skåringskjemaet fungerte bra til formålet, og jeg ser på det som en styrke at dette er basert på en internasjonalt anerkjent og velkjent modell. Selve skåringen av de ulike elementene i skåringsmodellen var tidkrevende, som oftest har jeg sett hvert klipp minst 2-3 ganger. Dette kan ha gått på bekostning av tid brukt til selve analysen av resultatene.

Jeg må ta forbehold om forekomst av subjektiv bias, all den tid inter-rater-reabilitet ikke er vurdert i dette arbeidet.

### **5 Konklusjon**

I dagens opplæring i kommunikasjonsferdigheter for bruk i den medisinske konsultasjonen, lærer man at kommunikasjon bør bygge på tillit, og ikke på mistillit. At pasienten opplever å ha nok tid til å kunne fortelle om sine plager og hvordan dette påvirker hverdagen er sentralt. Det samme gjelder pasientens følelse av å bli tatt på alvor som menneske. På disse punktene bryter holdningene og adferden til karakteren Dr House med det som regnes som akseptabelt. Et klinisk blikk – hvor godt det enn måtte være, uten omsorgsfullhet og medmenneskelighet, gjør at møte med legen oppleves dårlig for pasienten

Dr House tar seg kun av de objektive forholdene i utredningen. I en vanlig klinisk hverdag, er imidlertid sykdom i praksis et samspill mellom sykdommens biologiske presentasjon, pasientens opplevelse av denne og den konteksten han eller hun befinner seg i. I

undervisningen av dagens medisinstudenter vektlegges det at en god lege er i stand til å ivareta alle disse forholdene. Et av de beste verktøyet legen har til rådighet er kommunikasjon.

Dr House er ingen god rollemodell når det gjelder å vise respekt for sine pasienter, og å ta hensyn til andre menneskers følelser. Han kommuniserer imidlertid strukturert og effektivt, og er konkret i sin tilnærming til den aktuelle problemstillingen. På disse områdene kan det tenkes at man ha nytte av å observere hans tilnærming til pasienter. Evaluering av fiktive lege-pasientsamtaler i en TV-serie, kan brukes til å belyse viktigheten av god kommunikasjon – ved å enten være dårlige eller gode eksempler på dette.

Framstillingen av lege-pasientmøter i TV-serien kan være misvisende for seerne. I sær for de av seerne som ikke selv jobber i helsevesenet, kan det være vanskelig å skille fiksjon og realitet. Den stereotype framstillingen kan være med på å gi et negativt inntrykk av legeyrket, og å påvirke forventningen til å bli møtt med respekt og empati.

Jeg føler selv at jeg har lært mye om lege-pasientkommunikasjon ved å se på klippene som er vurdert i forbindelse med oppgaveskrivingen, og mener at andre medisinstudenter også vil kunne ha læringsutbytte av å gjøre det samme. Læringsutbyttet ligger i det å kunne vurdere så mange ulike eksempler på hvordan de ulike kommunikasjonsferdighetene utøves, både når dette er eksempler på hva som er bra, og hva som bør være bedre. Som et supplement til, eller i mangel av videomateriale som viser reelle konsultasjoner, kan bruk av fiktive konsultasjoner fra en TV-serie være nyttig. Dette bør i så fall skje under veiledning av noen som har trening i bruk av kommunikasjonsferdigheter, og i diskusjon med medstudenter.

---

## 6 Referanser

- <sup>1</sup> Hunskaar S, red. Allmenntmedisin. Oslo: Gyldendal, 2013
- <sup>2</sup> Fossli Jensen B et al. Effectiveness of a short course in clinical communications skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2011; 84(2):163-
- <sup>3</sup> Gulbrandsen P, Finset A. Kommunikasjon i helsetjenestene, en introduksjon. I: Ferdighet og fellesskap. Gyldendal, 2014
- <sup>4</sup> Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27(3Suppl): S110-27.
- <sup>5</sup> Fossli Jensen B. Hospital Doctors' Communication Skills. A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire [doktorgradsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011
- <sup>6</sup> Yedidia, M. J., et al. (2003). "Effect of communications training on medical student performance." *JAMA* 290(9): 1157-1165.
- <sup>7</sup> Madssen, T S, Valestrand, E A. "Heilskapleg medisinarutdanning – felles ansvar" *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135:1233 – 4
- <sup>8</sup> Bakken, R, Valestrand, A. "Hvem skal bli lege?" *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135:1235
- <sup>9</sup> Gjersvik, P. (2015). "Lyte, lete, tenke." *Tidsskriftet for den Norske legeforening* 135(14/2015).
- <sup>10</sup> Prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved det helsevitenskapelige fakultet, ved Universitetet i Tromsø . "Utdanning av morgendagens leger, prinsipper for revisjon av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø"2007
- <sup>11</sup> UiTø, 2014. "Studieplan for profesjonsstudiet i medisin, 2012-planen" revidert 2014
- <sup>12</sup> UiO, d. m. f. (2014). "Revidert studieplan for medisinstudiet." Fra <http://www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/>.
- <sup>13</sup> Prosjektgruppa for gjennomgang av medisinstudiet, "En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU." 2014
- <sup>14</sup> Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB, "Ny studieplan for medisinstudiet ved UiB." fra [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/makroplan\\_for\\_ny\\_studieplan\\_medisin\\_2015\\_-\\_revidert\\_november\\_2014.pdf](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/makroplan_for_ny_studieplan_medisin_2015_-_revidert_november_2014.pdf).
- <sup>15</sup> Galanti, G. A. (2014). *Caring for Patients from Different Cultures*, University of Pennsylvania Press, Incorporated.
- <sup>16</sup> Hoffmann, Bjørn. Senter for medisinsk etikk, UiO. Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2012
- <sup>17</sup> UiTø, 2014. "Studieplan for profesjonsstudiet i medisin, 2012-planen" revidert 2014
- <sup>18</sup> Zill J M, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J. 2014DOI:

- <sup>19</sup> Silverman J, K. S., Draper J (Sep 2013). Skills For Communicating With Patients.
- <sup>20</sup> Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78: 802-9.
- <sup>21</sup> Stensland, P ”Lær modellen- og legg den bak deg” *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128:206 –
- <sup>22</sup> Boon, H. and M. Stewart (1998). "Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review." *Patient Educ Couns* 35(3): 161-176.
- <sup>23</sup> Sørli T, Sexton H, Sørli D. I hvilken grad kan pasienttilfredshet forklares? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2637 – 40.
- <sup>24</sup> Makoul, G., et al. (2007). "Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool." *Patient Educ Couns* 67(3): 333-342.
- <sup>25</sup> (REK Sør Øst i 2007; saksnummer 1.2007.356.)
- <sup>26</sup> Bondevik G T, Smith-Sivertsen T, Bærheim A. “Bruk av skuespiller i undervisningen av medisinstudenter” *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126:2118 – 21
- <sup>27</sup> Gadgil, M. E. H., Åshild (2009). “Tidsbruk i allmennpraksis”. *Munin*.
- <sup>28</sup> Fosli Jensen, B., et al. (2011). "Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332)." *Patient Educ Couns* 84(2): 163-169.
- <sup>29</sup> "House, medical reviews." from [http://www.politedissent.com/house\\_pd.html](http://www.politedissent.com/house_pd.html).
- <sup>30</sup> Lapostolle F1, Montois S, Alhéritière A, De Stefano C, Le Toumelin P, Adnet F. “Dr House, TV, and reality...” *Am J Med*. 2013 Feb;126(2):171-3. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.07.019.
- <sup>31</sup> PROFKOM (2012). "Pasientmøtet - Faser, mål og legens ferdigheter i møtet med pasienter" fra <http://site.uit.no/nystudieplan/studiearene/langsgaende/pasientmote-og-legerollen/>.
- <sup>32</sup> Simmenroth-Nayda, A., et al. (2014). "Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students." *Int J Med Educ* 5: 212-218.

---

## 7 Vedlegg 1, klippliste

EPISODE		BESKRIVELSE AV KLIPPET
SESONG 1		
Episode 1 "Pilot"		
klipp1	14:09-14:58	Poliklinikk, middelaldrende mann som plutselig har blitt orange, med rygg smerter.
klipp2	15:00-15:59	Poliklinikk, gutt med astma, kommer med sin mor
klipp3	25:59-26:33	Poliklinikk, mann med difuse symptomer, tror han har ME eller fybromyalgi...
klipp4	32:08-34:27	Dr.House møter for første gang pasienten teamet har jobbet med den siste tiden.
Episode 2 "Paternity"		
klipp 1	04:24-06:15	16år gammel gutt m nattskrek og dobbeltysn oppsøker dr.House for utredning
klipp2	06:51-07:24	Snakker igjen med den 16år gml gutten, etter å ha vært ute og snakket m kollega
klipp3	13:51-15:31	Poliklinikk, ung mor m baby.
klipp4	23:44-25:24	Poliklinikk, mann m abcess på kneet
Episode 3 "Occam's razor"		
klipp 1	07:19-08:30	Poliklinikk; kvinnelig pasient som sier hun hadde gult snørr for en uke siden...
klipp2	14:49-15:58	Poliklinikk, mann med vondt i halsen
klipp3	18:34-20:15	Poliklinikk, kvinne med smerte i beinet etter løpetur
klipp4	34:32-36:15	Poliklinikk, ung mann med MP3-spiller i endetarmen
klipp5	37:05-38:32	Første møte med pasienten teamet har jobbet med den siste tiden
Episode 4 "maternity"OBS! Pasienten i episodens hovedcase er et spedbarn, det forekommer således ingen direkte kommunikasjon mellom dr House og pasi		
klipp1	12:22-14:14	Poliklinikk; ung kvinne som viser seg å være gravid, uten å vite det
Episode 5 "Damned if you do"		
klipp 1	04:46-06:05	Poliklinikk, møte med nonne, i følge med to andre nonner
klipp 2	09:35-11:01	Poliklinikk, pasient i julenissekostyme som har tarmproblemer
klipp 3	34:10-36:31	Sengepost, pasienten er nonnen fra konsultasjonen på poliklinikken i klipp 1
Episode 6 "The Socratic method"		
klipp1	07:19-10:03 (oppstykket)	Sengepost; schizofren kvinne, innlagt pga blodpropp
klipp 2	12:00-13:01	Poliklinikk; ung jente sammen med sin mor, påstått streptokokkinfeksjon
klipp 3	26:23-27:06	Poliklinikk, mann med hikke

---

Episode 7 "Fidelity"

klipp 1	04:57-06:09	Poliklinikk, ung kvinne, uklart hva problemet er
klipp 2	20:21-21:48	Poliklinikk, ung kvinne, samme som i klipp 1
klipp 3	28:07-30:19	Sengepost; ung kvinne, episodens "hovedcase"
klipp 4	39:51-40:45	Sengepost; møte etter at riktig diagnose og behandling er gitt

Episode 8 "Poison" OBS! Pasienten i episodens hovedcase ligger på respirator, ingen kommunikasjon når dr. House møter pas

klipp 1	09:02-10:35	Poliklinikk, eldre dame som har personlighetsforandring
klipp 2	22:27-24:41	Sengepost, eldre dame, samme som i klipp 1, har fått påvist syfilis

Episode 9 "DNR"

klipp 1	08:47-10:01	Poliklinikk, mann med potensproblemer
klipp 2	24:25-27:23	Sengepost, episodens "case", mann med lammelser

Episode 10 "Histories"

klipp 1	29:14-29:45	Sengepost, visitt m 2 medisinstudenter. Ung kvinnelig pas m vondt i håndleddet
---------	-------------	--

Episode 11 "Detox"

Ingen pasientkontakt i denne episoden. Dr. House har ikke fått Vicodin på en uke...

Episode 12 "Sport medicine"

klipp 1	10:28-10:58	Sengepost. Ung mann under utredning.
klipp 2	14:12-15:48	Sengepost. Ung mann under utredning. Samme som i klipp 1.
klipp 3	29:35-31:30	Sengepost. Samme pas som i klipp 1 og 2.

Episode 13 "Cursed"

Møter pasient bare en gang, og har da bare samtale med pasientens far.

Episode 14 "Control"

klipp 1	07:57-08:50	Poliklinikk, unge med sår hals
klipp 2	25:12-28:22	Sengepost, første møte med ung kvinne, episodens "case"
klipp 3	37:07-3	Sengepost, møter samme pasient som i klipp 2, etter gjennomført hjertetransplantasjon

Episode 15 "Mob rules"

klipp 1	08:51-09:47	Poliklinikk, lite barn som kommer i følge med eldre bror
---------	-------------	--



---

klipp 2	16:07-17:10	Poliklinikk, samme pas som klipp 2. Fremmedlegeme i nesen
klipp 3	29:09-30:43	Poliklinikk, samma pas som klipp 1 og 2. Nytt fremmedlegeme i nesen

#### Episode 16 "Heavy"

klipp 1	07:09-08:28	Poliklinikk, overvektig kvinne med halsbrann
klipp 2	32:42-3	Poliklinikk, samme pasient som i klipp 1

#### Episode 17 "Role model"

klipp 1	07:07-07:47	Poliklinikk, ung kvinne med blødninger
klipp 2	15:32-16:13	Poliklinikk, samme unge kvinne som i klipp 1
klipp 3	16:20-18:11	Sengepost, mann under utredning.
klipp 4	22:14-23:01	Poliklinikk, samme unge kvinne som i klipp 1 og 2
klipp 5	30:42-31:10	Poliklinikk, samme unge kvinne som i klipp 1, 2 og 4

#### Episode 18 "Babies and bathwater"

klipp 1	25:37-28:39	Sengepost, gravid kvinne med kreft
---------	-------------	------------------------------------

#### Episode 19 "Kids"

klipp 1	07:21-07:59	Poliklinikk, ung jente med utslett og stiv nakke
klipp 2	33:20-34:50	Sengepost, samme pas som poliklinikk i klipp 1

#### Episode 20 "Love hurts"

klipp 1	09:01-10:55	Poliklinikk, GU gammel dame
---------	-------------	-----------------------------

#### Episode 21 "Three stories"

Ingen reelle pasientmøter i denne episoden.

#### Episode 22 "Honeymoon"

Ingen reelle lege-pasientkonsultasjoner i episoden

### SESONG 2

#### Episode 1 "Acceptance"

klipp 1	20:25-24:02	Sengepost, møte m dødsdømt pas under utredning
klipp 2	33:34-34:50	Sengepost, nytt møte m dødsdømt pas
klipp 3	36:49-37:24	Sengepost, nytt møte m dødsdømt pas

---

Episode 2 "autopsy"

klipp 1	06:07-07:00	Poliklinikk, ung mann med skade på penis
klipp 2	27:53-30:11	Sengepost, første møte m dødssykt barn

Episode 3 "Humpty dumpty"

klipp 1	19:24-2	Poliklinikk, eldre mann med pustebesvær
klipp 2	22:32-23:20	Sengepost, første møte med episodens hovedpasient

Episode 4 "TB og not TB"

klipp 1	04:16-06:20	Fellesmøte med alle legene og ny pas, som selv er lege
klipp 2	10:22-11:15	Poliklinikk, kvinne med smerter i issen
klipp 3	30:04-32:07	Sengepost, episodens "hovedpasient"

Episode 5 "Daddy's boy"

klipp 1	26:08-27:07	Akuttmottak, ung mann kommer inn på ambulansébåre
---------	-------------	---

Episode 6 "Spin"

Klipp 1	04:14-05:39	Sengepost, ung syklist med pustebesvær
klipp 2	21:04-223:11	Poliklinikk, ung mann med diaré
klipp 3	27:13-29:51	Sengepost, samme pas som i klipp 1
klipp 4	33:23-35:22	Sengepost, samme pas som i klipp 1 og 3

Episode 7 "Hunting"

klipp 1	32:04-34:50	Sengepost, ung mann under utredning
---------	-------------	-------------------------------------

Episode 8 "The mistake"

klipp 1	14:01-17:32	Poliklinikk, mann med hoste
---------	-------------	-----------------------------

Episode 9 "Deception"

Klipp 1	05:24-07:05	Sengepost, ung kvinne under utredning
klipp 2	14:13-15:39	Poliklinikk, GU, ung kvinne med vaginose

Episode 10 "Failure to vommunicate"

Ingen pasientmøter i episoden

---

Episode 11 "Need to know"

klipp 1	14:32-16:22	Sengepost, ung kvinne under utredning
klipp 2	30:10-31:41	Sengepost, ung kvinne under utredning

Episode 12 "Distractions"

klipp 1	27:41-29:40	Isolat, ung mann med brannskader
---------	-------------	----------------------------------

Episode 13 "Skin deep"

klipp 1	05:14-06:42	Sengepost, kvinnelig modell under utredning
klipp 2	12:22-13:16	Poliklinikk, mann med diverse plager
klipp 3	27:32-28:19	Sengepost, samme pasient som i klipp 1
klipp 4	34:37-35:07	Fødeavdeling, samme pas som i klipp nr 2
klipp 5	36:20-38:26	Sengepost, samme pas som klipp 1 og 3

Episode 14 "Sex kills"

klipp 1	05:28-07:13	Poliklinikk, ung mann som liker kyr
klipp 2	08:35-11:09	Sengepost, gammel mann under utredning
klipp 3	11:00-12:23	Samme pasient som i klipp 2
klipp 4	18:30-19:36	Poliklinikk, samme pas som i klipp 1
klipp 5	28:19-29:52	Poliklinikk, samme pas som i klipp 1 og 4

Episode 14 "Clueless"

klipp 1	06:05-07:13	Poliklinikk, man med vannlatingsproblemer
---------	-------------	---

Episode 15 "Safe"

Ingen reell lege-pasientkommunikasjon i episoden

Episode 16 " All inn"

Episodens "case" omhandler et lite barn. Dr House møter han flere ganger, men kommuniserer ikke med han.

Episode 17 "Sleeping dogs lie"

klipp 1	12:12-13:43	Poliklinikk, kvinne med menstruasjonsplager
klipp 2	20:01-22:13	Sengepost, ung kvinne under utredning
klipp 3	33:25-35:27	Poliklinikk, samme pas som klipp 1

Episode 18 "House vs God"

klipp 1	06:26-08:03	Sengepost, ung mann under utredning
---------	-------------	-------------------------------------

---

klipp 2	36:46-3	Sengepost, samme som klipp 1
---------	---------	------------------------------

Episode 19 "Euphoria Pt 1"

Dr Forman blir pasient i denne episoden, kommunikasjonen mellom han og dr House er ikke vurdert

Episode 20 "Euphoria Pt 2"

klipp 1	08:25-10:01	Poliklinikk, mor med datter som vistnok har kramper
---------	-------------	---

Dr Forman er fortsatt pasient, disse møtene er ikke vurdert

Episode 21 " Forever"

klipp 1	36:46-38:33	Sengepost, ung kvinne, ferdigdiagnostisert/behandlet
---------	-------------	--

Episode 22 "Who's your daddy?"

klipp 1	18:15-19:02	Poliklinikk, unge med utslett.
---------	-------------	--------------------------------

klipp 2	35:30-37:04	Sengepost, ung dame under utredning
---------	-------------	-------------------------------------

Episode 23 "No reason"

SESONG 3

Episode 1 "Meaning"

klipp 1	10:46-11:50	Sengepost, ung kvinne under utredning
---------	-------------	---------------------------------------

klipp 2	19:26-19:59	Sengepost, middelaldrende mann med antatt hjernesvults
---------	-------------	--

Episode 2 "Cane & Abel"

ingen pasientmøter i episoden

Episode 3 "Informed consent"

klipp 1	06:51-08:04	Poliklinikk, middelaldrende mann med forkølelse, i følge med ung pen datter
---------	-------------	---

klipp 2	12:16-14:12	Sengepost, eldre mann under utredning, episodens "case"
---------	-------------	---

klipp 3	18:23-19:51	Sengepost, samme pasient som i klipp 2
---------	-------------	--

klipp 4	31:04-32:45	Sengepost, samme pasient som i klipp 2 og 3
---------	-------------	---

klipp 5	37:24-38:42	Sengepost, samme pasient som i klipp 2,3 og 4
---------	-------------	---

Episode 4 "Lines in the sand"

klipp 1	15:35-16:57	Sengepost, liten gutt (autist), under utredning
---------	-------------	---

klipp 2	29:06-30:21	Sengepost, samme gutt som i klipp 1
---------	-------------	-------------------------------------

klipp 3	36:20-37:38	Sengepost, samme gutt som i klipp 1 og 2
Episode 5 "Fools for love"		
klipp 1	04:56-07:20	Poliklinikk, mann med utslett på penis. Pasienten kritiserer kommunikasjonsferdighete
klipp 2	26:08-27:19	Sengepost, ung mann under utredning
Episode 6 "que sera sera"		
klipp 1	09:09-09:46	Poliklinikk, mann med smerter i armen.
klipp 2	19:28-21:05	Sengepost, ekstremt overvektig mann under utredning
klipp 3	33:14-34:20	Sengepost, samma pasient som klipp 2
Episode 7 "Son of a coma guy"		
klipp 1	13:38-15:10	Sengepost, møte med pas som har våknet fra koma etter 10 år
klipp 2	38:54-39:38	Sengepost, møte med sønnen til pas i klipp nr 1, ferdigutredet/behandlet
Episode 8 "Wha c-a-mole"		
klipp 1	05:45-06:56	Sengepost, ung mann under utredning
klipp 2	30:06-31:35	Sengepost, samme pas som klipp 1
Episode 9 "Finding Judas"		
Bare kommunikasjon med pårørende i episoden		
Episode 10 "Merry little christmas"		
klipp 1	03:34-04:41	Poliklinikk, 15år gammel kortvokst jente med uklar problemstilling
klipp 2	33:30-35:15	Sengepost, samme pasient som i klipp 1
Episode 11 "Words and deeds"		
Ingen pasientkontakt i denne episoden		
Episode 12 "One day, one room"		
klipp 1	07:47-08:30	Poliklinikk, ung mann med plager fra nesen
klipp 2	11:45-11:25	Poliklinikk, ung jente med kjønnsykdom
klipp 3	13:32-15:12	Poliklinikk, samme pas som klipp 2, kjønnsykdom etter voldtekt
klipp 4	15:39-16:15	Poliklinikk, ung man med påstått hikke, ute etter behandling...
klipp 5	18:30-24:10	Sengepost, samme pas som klipp 2 og 3, etter selvmordsforsøk
klipp 6		
Episode 13 "Needle in a haystack"		
klipp 1	15:40-17:04	Poliklinikk, guttunge med vondt i halsen
Episode 14 "Insensitive"		
klipp 1	03:57-05:20	Akuttmottak, jente undersøkes etter bilulykke
klipp2	08:34_10:35	Samme pasient som i klipp 1
Episode 15 "Half wit"		

klipp 1	04:45-05:53	Poliklinikk, ung dame med vondt i foten
klipp 2	21:49-23:34	Angiografi, ung mann under utredning
Episode 16 "Top secret"		
klipp 1	18:50-19:56	Poliklinikk, kvinne som ønsker prevensjonveiledning
klipp 2	36:08-38:05	Sengepost, soldat under utredning.
Episode 17 "Fetal position"		
klipp 1	02:27-04:27	Sengepost, gravid kvinne med symptomer på slag
klipp 2	12:52-13:43	Sengepost, ultralydundersøkelse av samme pas som i klipp 1
klipp 3	36:16-38:10	Obs-post, samme pas som klipp 1 og 2, nyoperert
Episode 18 "Airborne" Dr House befinner seg ikke på sykehuset i denne episoden		
Episode 19 "Act your age"		
klipp 1	07:03-08:18	Poliklinikk, ung mann med diverse plager
Episode 20 "House training"		
klipp 1	18:37-20:16	Sengepost, ung kvinne under utredning
Episode 21 "Family" Ingen pasientkontakt i episoden		
Episode 22 "Resignation"		
klipp 1	10:30-11:35	Poliklinikk, ung mann med unormal avføring. I følge med kjæresten.
klipp 2	31:08-32:52	Sengepost, første møte med ung kvinne som har vært under utredning
klipp 3	34:27-37:02	Sengepost, samme pasient som klipp 2, House har kommet fram til diagnose
Episode 23 "The jerk"		
klipp 1	20:06-21:15	Poliklinikk, solbrent mann med mystiske hvite flekker på brystkassa
klipp 2	27:55-31:35	Sengepost; ung og særdeles usympatisk mann under utredning
Episode 24 "Human error" Ingen reelle pasientkonsultasjoner i episoden		
SESONG 4		
Episode 1 "Alone" Bare pasientkontakt med bevistløs pasient, og pårørende		
Episode 2 "The right stuff" Ingen direkte pasientkontakt i episoden		

---

Episode 3 "97 seconds"

klipp 1 14:49-16:37 Intensiven, mann som har overlevd elektrisk støt

Episode 4 "Guardian angels"

klipp 1 20:24-24:41 Sengepost, ung kvinne under utredning. Har hallisunasjoner.

Episode 5 "Mirror, mirror"

Pasientkontakten i episoden er av en slik karakter at det ikke er hensiktsmessig å bruke skåringsskjemaet

Episode 6 "Whatever it takes"

Pasientkontakten i episoden er av en slik karakter at det ikke er hensiktsmessig å bruke skåringsskjemaet

Episode 7 "Ugly"

klipp 1 25:28-27:10 Sengepost, ung mann med stor misdannelse i ansiktetsom skal vurderes for operasjon

Episode 8 "You don't want to know"

klipp 1 11:49-13:13 Sengepost, illusjonist under utredning

klipp 2 16:21-18:11 Samme pasient som i klipp 1

Episode 9 "Games"

klipp 1 23:20-24:55 Dr House utfører en ekkokardiografi på ung, narkoman musiker.

Episode 10 "It's a wonderful lie"

klipp 1 08:18-09:30 Poliklinikk, ung kvinne med halsbetennelse

klipp 2 25:07-26:58 Poliklinikk, samme kvinne som klipp 1, nå med utslett på halsen

klipp 3 32:02-34:30 Sengepost, første samtale med episodens hovedcase. Døende kvinne.

Episode 11 "Frozen"

Pasientkommunikasjonen er av en slik karakter at det ikke er hensiktsmessig å bruke skåringsskjemaet

Episode 12 "Don't ever change"

Pasientkommunikasjonen er ikke av en slik karakter at det ikke er hensiktsmessig å bruke skåringsskjemaet

Episode 13 "No more Mr. Nice guy"

klipp 1 02:37-03:31 Akuttmottak, mann med smaksforstyrrelser og synkope

klipp 2 11:54-13:42 Sengepost, mannen fra akuttmottaket er innlagt og under utredning

Episode 14 "Living the dream"

Klipp 1 28:07-31:00 Sengepost, TV-lege under utredning, div nevrologiske symptomer

Episode 15 "House's head"

Dr House er selv episodens "case", ingen reel pasientkontakt for øvrig

Episode 16 "Wilson's heart"

Ingen ordinær pasientkontakt i episoden

---

SESONG 5

Episode 1 "Dying changes everything"

klipp 1 35:10-36:20 Sengepost, første møte med episodens hovedpasient

Episode 2 "Not cancer"

klipp 1 22:20-24:50 Sengepost, ung kvinne under utredning

Episode 3 "Adverse events"

klipp 1 08:08-09:53 Sengepost, mannlig kunstmaler under utredning

Episode 4 "Birthmarks"

klipp 1 04:27-05:20 Sengepost, kinesisk kvinne under utredning

Episode 5 "Lucky Thirteen"

klipp 1 05:02-06:11 Ung kvinne innlagt pga kramper, under utredning

klipp 2 37:27-38:54 Sengepost, samme pas som klipp 1

Episode 6 "Joy"

Pasientkontakten i episoden er av en slik karakter at de vanskelig lar seg skåre vha skåringsskjemaet

Episode 7 "The Itch"

klipp 1 10:28-11:40 "Hjemmebesøk"! Mann under utredning

Episode 8 "Emancipation"

klipp 1 34:55-37:51 Sengepost, ung kvinne under utredning

Episode 9 "Last resort"

Handlingen i episoden har ingenting med tradisjonelt legearbeid å gjøre. Gisseldrama på sykehuset

Episode 10 "Let them eat cake"

klipp 1 34:20-36:06 Sengepost, ung kvinne under utredning, fedmeoperert.

Episode 11 "Joy to the world"

klipp 1 15:20-16:47 Poliklinikk, ung kvinne med hodepine. Dr House anstrenger seg for å opptre høfflig!

klipp 2 23:52-24:26 Poliklinikk, dame med astma, blir ikke bedre selv om hun bruker inhalator....

Episode 12 "Painless"

Pasientkontakten i episoden er ikke av en slik karakter at skåringsskjemaet kan brukes



---

## **Vedlegg 2, analyseskjema**

Analyseskjemaet er levert inn som excel-fil.