

MED-3950

Femteårsoppgave profesjonsstudium i medisin ved Universitetet i Tromsø



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Hvilke kommunikasjonsferdigheter bruker allmennleger i ulike pasientmøter og hvordan oppfattes dette av pasientene?

Silje Katrine Holmegaard Hoven

MK-11

Veiledere:

May-Lill Johansen

Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Eirik Hugaas Ofstad

Nordlandssykehuset Bodø

Tromsø, juni 2016

Sammendrag

Bakgrunn

Denne oppgaven undersøker hvilke kommunikasjonsferdigheter en gruppe norske fastleger benytter i sine konsultasjoner, samt hvordan pasientene oppfatter disse ferdighetene. Målet er å fremme anerkjente virkemidler for god kommunikasjon i lege-pasient-konsultasjonen, samt å belyse pasientenes perspektiv på temaet.

Metode

Studien er gjennomført ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode. Det er gjort observasjoner av fastleger i konsultasjoner med sine pasienter, samt gjennomført intervju med pasientene etter konsultasjonen. Analysen av intervjuene er gjort med systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater

Fastlegene satte oftest ikke agenda for konsultasjonen under innledningen og resultatet var ofte at pasientene tok opp nye problemstillinger og uavklarte spørsmål mot slutten av konsultasjonen. Tiden som ble spart på å hoppe over agendasetting i innledningen var ikke nok til å kompensere for den ekstra tiden legen måtte bruke på de nye problemstillingene under avslutningen. Samarbeid og mulighet for medvirkning var viktige for pasientene. Å ha en god relasjon til legen var viktig for at pasientene skulle føle seg trygge. De ønsket en lege som involverte dem i avgjørelser, forklarte sine argumenter og la til rette for at de kunne komme med sine synspunkter. Legenes bruk av nonverbale kommunikasjonsmidler var også svært viktig for at pasientene skulle føle seg lyttet til. Fastlegene brukte i stor grad de samme ferdighetene fra konsultasjon til konsultasjon.

Konklusjoner

Pasientenes utsagn i intervjuene kan tyde på at fastlegene kan øke pasienttilfredsheten om de velger å fokusere mer på samarbeid og pasientmedvirkning, samt bruk av nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Resultatene kan tyde på at fastlegene har innarbeidet en bestemt måte å jobbe på, som brukes bevisst eller ubevisst i hver konsultasjon. Dette kan også bety at legene har gode muligheter for å tilegne seg nye ferdigheter om de velger å utforske disse og integrere dem i sin arbeidsmetode. Bedre ferdigheter vil kunne få positiv betydning både for legenes egen arbeidshverdag og ikke minst for deres pasienter.

Innhold

Sammendrag	2
Bakgrunn	2
Metode.....	2
Resultater.....	2
Konklusjoner	2
Introduksjon	5
Formålet med oppgaven.....	5
Kommunikasjon gjennom historien.....	5
The Calgary-Cambridge Communication Guide	6
Fastlegeordningen i Norge.....	8
Metode	8
Kvalitativ forskningsmetode	8
Refleksivitet, relevans og validitet.....	8
Valg av kommunikasjonsguide	9
Systematisk tekstkondensering – STC	10
Observasjon av konsultasjoner	12
Intervju med pasient etter konsultasjonen	12
Analyse av data	13
Disponering av tiden	14
Materiale	14
Pasient- og legegrunnlaget	14
Rekruttering	15
Personvern	16
Resultater	16
Forarbeid.....	17
Innledning	18
Sykehistorie.....	20
Klinisk undersøkelse.....	24
Analyse og planlegging	25
Avslutning	27
Etterarbeid	29
Struktur	29

Samarbeid og relasjon	33
Diskusjon	38
Materiale og metode	38
Rekruttering	40
Samtykke og informasjon	41
Konklusjon	42
Takk	43
Referanser	45
Appendiks 1 – Observasjonsguide	47
Appendiks 2 – Intervjuguide	48
Appendiks 3 – Brev til legene	49
Appendiks 4 – Brev til pasientene	50
Appendiks 5 – Svar fra NSD	51

Introduksjon

Formålet med oppgaven

I løpet av medisinstudiene har vi som studenter møtt mange leger og pasienter. Inntrykket er at norske leger er flinke faglig og innehar mye kunnskap om sine fagfelt. Likevel har jeg som student, flere ganger fått inntrykk av at pasientene ikke forstår den informasjonen de blir gitt. Dette gjør seg særlig gjeldende i sykehus, men noe overraskende går de samme inntrykkene igjen ved observasjon av konsultasjoner i allmennlegetjenesten.

Måten vi kommuniserer på er en svært personlig del av alle mennesker. Hvordan vi tolker situasjoner, reagerer på og forholder oss til andre er i stor grad med på å definere oss som mennesker. Studier viser at gode kommunikasjonsferdigheter ikke bare er en medfødt egenskap, men kan læres (1, 2). Alle pasienter har rett til informasjon om sin egen helsetilstand og hva som gjøres for å bedre denne. Dette er forankret i pasientrettighetsloven paragraf 3-2 og er en svært viktig del av lege-yrket (3). God kommunikasjon mellom lege og pasient er essensielt for å oppnå dette.

Denne oppgaven undersøker hvilke kommunikasjonsferdigheter en gruppe norske allmennleger benytter i sine konsultasjoner, samt hvordan pasientene oppfatter disse ferdighetene. Målet med oppgaven er å fremme anerkjente virkemidler for god kommunikasjon i en lege-pasient-konsultasjon, samt å belyse pasientenes perspektiv på temaet.

Kommunikasjon gjennom historien

Legens rolle som «pasientens advokat» illustrerer tanken om en lege som først og fremst arbeider for pasientens interesser. Dette bildet er nok gjenkjennelig for både helsepersonell og befolkningen generelt. Ideen er gammel og kan finnes igjen allerede i den hippokratiske ed: *Jeg vil bruke mine evner for det beste for mine pasienter i samsvar med min dyktighet og min dømmekraft og aldri volde noen skade* (4).

Sosiologene Freidson (5) og Illich (6) viste derimot på 70-tallet at legen ofte dominerer over pasienten i konsultasjonen og at interessene til legen og pasienten ikke alltid er de samme. I

1984 ga Beckman og Frankel ut en studie basert på lydopptak av pasientkonsultasjoner (7). De konkluderte med at pasienten sjeldent fikk fortelle hele sin historie før legen avbrøt. I flertallet av tilfellene fikk pasienten heller ikke anledning til å fullføre sin historie senere i konsultasjonen. Disse og flere lignende studier, viste at legenes varierende ferdigheter innen kommunikasjon hadde stor betydning for kvaliteten på diagnostikk og behandling av pasientene.

De nye funnene la grunnlaget for en stor endring i utførelsen av yrket. Kommunikasjon ble en del av det medisinske faget og uttrykket «pasient-sentrert medisin» ble født. Dette uttrykket ble senere definert av Henbest og Stewart som: «Care in which the doctor responded to the patient in such a way as to allow the patient to express all of his or her reasons for coming, including: symptoms, thoughts, feelings and expectations» (8). I boka «Lytt» beskriver Edvin Schei begrepet slik: «*Pasientsentrert* betyr «med interesse for hvordan saken tar seg ut for pasienten». Det innebærer at når en sak er enkel for pasienten, så kan den også tas hånd om raskt og enkelt av legen. Men legen må først sikre seg at det som synes uproblematisk, faktisk er det – det er ikke godt nok å gjette» (9).

Pasient-sentrert medisin er blitt stående som en av grunnpilarene i det moderne, vestlige helsevesen. Siden den spede begynnelse er det kommet mengder med forskning om emnet og det er utviklet flere analyseverktøy for lege-pasient-interaksjon og guider i gode kommunikasjonsferdigheter. Ved de fire medisinske fakultetene i Norge ble undervisning i klinisk kommunikasjon innført i henholdsvis 1973 i Tromsø, 1977 i Oslo, 1989 i Bergen og 1993 i Trondhjem (10).

The Calgary-Cambridge Communication Guide

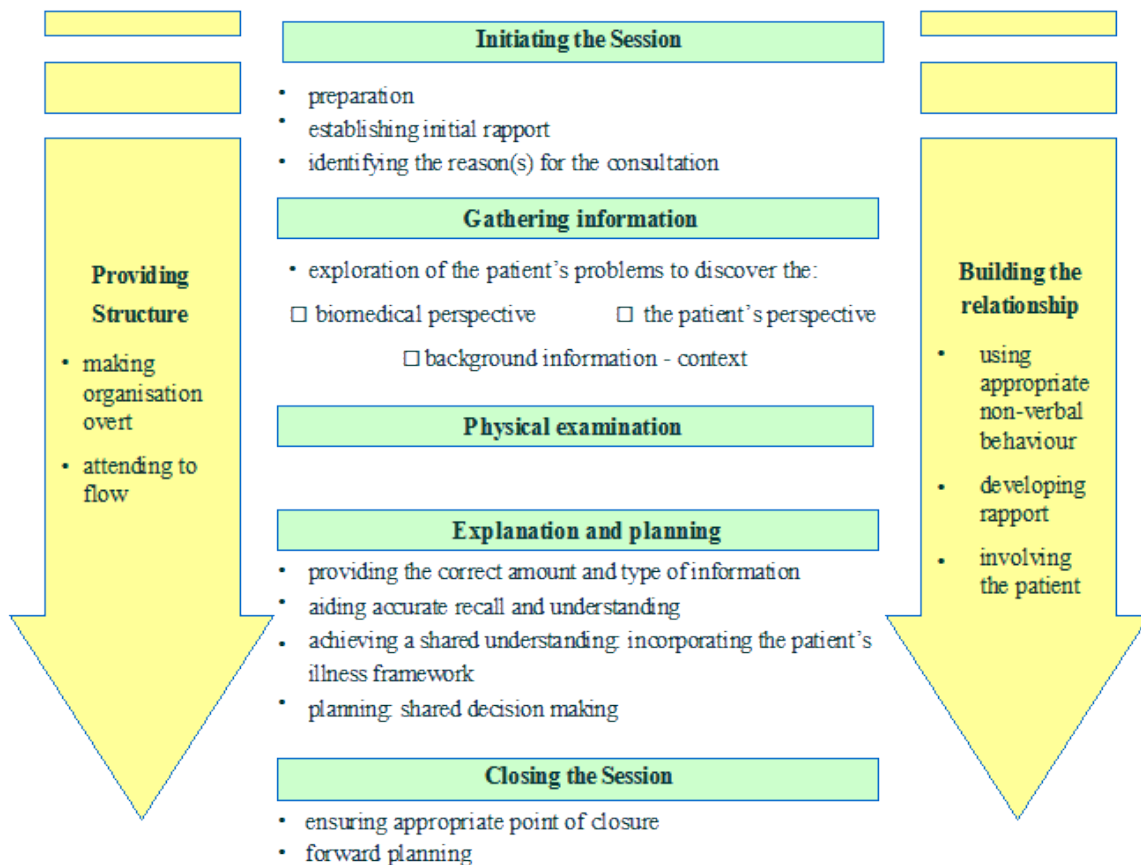
Hvorvidt kommunikasjonen mellom lege og pasient er effektiv, avhenger av konsultasjonens formål. Silverman og Kurtz utarbeidet på 90-tallet *The Calgary-Cambridge Communication Guide*, et hjelpemiddel for å definere pensum og organisere undervisningen i kommunikasjon på medisinstudiet (11, 12). Guiden deler konsultasjonen inn i fem hovedfaser:

- 1) Initiating the Session
- 2) Gathering Information
- 3) Physical Examination

4) Explanation and Planning

5) Closing the Session

I tillegg legger Silverman og Kurtz til fasene 6) Providing Structure og 7) Building the Relationship, som varer gjennom hele konsultasjonen. Det er så definert hvilke formål man har med hver av fasene, se figur 1.



Figur 1 - The Calgary-Cambridge Communication Guide, extended framework (13)

Flere studier viser imidlertid at mens leger blir flinkere til å samle riktig informasjon, scorer de dårlig på å formidle informasjon tilbake til pasienten. Det viser seg gjentatte ganger at leger gir for lite informasjon til sine pasienter i forhold til hva pasienten selv kunne ønske, og legen oppfatter heller ikke *hvilke deler* av sitt sykdomsbildet pasienten vil ha mer informasjon om. I tillegg gis informasjonen ofte på et medisinsk-faglig språk som er vanskelig å forstå (14-17). Flere kvalitative studier har også vist at pasientene etterlyser mer empati, varme og ønske om legens fulle oppmerksomhet. Det er verdt å merke seg at store studier fra Storbritannia,

Nederland, Italia og Belgia viser sammenfallende interesser – pasientene er opptatte av de samme tingene på tvers av landegrenser (16, 18).

Fastlegeordningen i Norge

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Hensikten var å bedre kvaliteten på allmennlegetjenester ved å gi alle som ønsker det en fast lege å forholde seg til (19). Evalueringen fire år etter innføringen viste at både pasienter og allmennleger var fornøyde med tiltaket og siden innføringen i 2001 har flere og flere pasienten knyttet seg til en fastlege. Per 31.12.2014 var det kun 0,4 % av befolkningen som valgte ikke å benytte seg av tilbudet (20).

Metode

Kvalitativ forskningsmetode

Jan C. Frich skrev i 2007: «ikke all medisinsk kunnskap kan formidles gjennom prosenter og p-verdier» (21). Målet med oppgaven, å fremvise virkemidler for god kommunikasjon og å sette søkelyset på pasientens perspektiv i konsultasjonen, beskrives dårlig med tall og statistikk. Det er derfor valgt å gjennomføre studien ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode. Kirsti Malterud beskriver kvalitativ forskning som metoder brukt til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger og holdninger. «Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng» (22). Prinsippene for de kvalitative metodene skiller seg likevel ikke fra de kvantitative når det gjelder krav om systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, relevans og validitet.

Refleksivitet, relevans og validitet

Refleksivitet handler om forskerens egne forutsetninger og holdninger til det temaet som skal undersøkes. Virkeligheten kan tolkes på mange måter og forståelsen av denne er alltid

subjektiv. Dette ligger til grunn for all kvalitativ forskning. Som forsker i en kvalitativ studie vil man alltid ha en aktiv og påvirkende rolle i prosessen og det er viktig å ha et avklart forhold til egne oppfatninger og meninger. Dette gjelder både under observasjon, intervju og analyse av data.

Relevans handler om hvorvidt studien tilfører noe nytt i forhold til kunnskapen som finnes på området fra før. Man må spørre seg hva man vet om temaet fra før og hva den aktuelle studien kan tilføre av ny kunnskap.

Begrepet validitet deles inn i intern og ekstern validitet, hvor den interne validiteten handler om valg av rett metode for å belyse problemstillingen. Dette er en like viktig diskusjon i den kvalitative forskningen som i den kvantitative, da valg av metode i stor grad er med på å bestemme hva slags kunnskap man kan få ut av et materiale. Ekstern validitet forteller om overførbarheten fra studiens lokale kontekst til andre populasjoner og områder.

Valg av kommunikasjonsguide

Det var viktig å tilpasse metoden og observasjonsguiden slik at studien på best mulig måte kunne gjenspeile forholdene på norske allmennlegekontorer. Under forberedelsene ble det vurdert flere ulike guider og analyseverktøy. The Roter Interaction Analysis System og 4 Habits Coding Scheme ble vurdert fordi de er anerkjente, avanserte verktøy for analyse av lege-pasient-interaksjon (23, 24). Macleod's Clinical Examination er anbefalt litteratur for norske medisinstudenter (17), mens arbeid av de Haes, Bensing og Makoul med flere (18, 25, 26) viser utviklingen av lege-pasient-kommunikasjon gjennom de siste årene og kommunikasjonsferdigheter som vektlegges i USA og flere land i Europa. Ferdighetene i disse guidene er i stor grad de samme, men med forskjeller i hva som vektlegges.

Til slutt falt valget på den norske utarbeidelsen av The Calgary-Cambridge Communication Guide av Silverman og Kurtz (11, 12). Fordelen med The Calgary-Cambridge Communication Guide er at den er grundig validert, forankret teoretisk og den legger stor vekt på pasient-medvirkning. Tidligere har det vært uenighet om innholdet i slike kommunikasjonsguider, ikke bare fra land til land, men også mellom de ulike medisinske universiteter i samme land. The Calgary-Cambridge Communication Guide var en av de første verktøyene som ble tatt i bruk

over store deler av verden (13). Guiden har definert ferdigheter for å oppnå de ulike formålene i hver fase, se beskrivelse i introduksjonen, og til sammen består guiden av over 70 ferdigheter for god kommunikasjon. Siden utgivelsen er den blitt oversatt til en mengde språk, inkludert en norsk versjon, kalt «Verktøykassa», utarbeidet av Tor Anvik ved Universitetet i Tromsø (27, 28). Verktøykassa blir undervist for studenter ved det medisinske fakultetet i Tromsø. Jamfør målene med studien ble Verktøykassa sett på som det beste utgangspunktet, da den allerede har en forankring i det medisinske miljøet i Norge og er tilpasset den norske modellen i form og språk.

Systematisk tekstkondensering – STC

De fleste anbefalinger for analyse av kvalitative data bygger på prinsippet om dekontekstualisering og rekontekstualisering. Malterud skriver: «Dekontekstualisering tillater oss å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. I rekontekstualiseringen skal vi sørge for at de svarene vi har lest ut av det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med de sammenhenger der de ble hentet ut» (29).

I boka «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» beskrives flere metoder for analyse av kvalitativ data. Flere analysemetoder ble vurdert til denne oppgaven, blant annet dem presentert av Crabtree og Miller (30) og fenomenologisk analyse av Giorgi (29, 31, 32). Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaring og livsverden innenfor et bestemt felt. Man skal se etter vesentlige kjennetegn ved de fenomenene som studeres samtidig som man forsøker å sette egen forforståelse i parentes (32). Til denne studien er det valgt å bruke systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation – STC), som Malterud har modifisert med inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske analyse. Fordelen med systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud, at den ikke krever omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi for å kunne brukes forsvarlig og derfor kan benyttes av nybegynnere på feltet (29).

Malterud bygger prosedyren for analyse av kvalitativ data på de samme fire punktene som Giorgi i fenomenologisk analyse. I tillegg har Malterud utvidet prosedyren med flere underpunkter (29, 33).

1. Få et helhetsinntrykk (fra rådata til tema)
 - a. Transkribere intervjuene ord for ord.
 - b. Lese gjennom alle transkriberte intervjuer. Beholde «fugleperspektiv» under lesing, deltakerens perspektiv er det viktigste.
 - c. Oppsummere inntrykk, sette opp 4 – 8 foreløpige temaer.
 - d. Diskusjon og endring av beskrivelse og antall foreløpige temaer.

2. Identifisere meningsbærende enheter (fra tema til koder)
 - a. Systematisk gjennomgang av materialet linje for linje, identifisere meningsbærende enheter.
 - b. Klassifisere og sortere de meningsbærende enhetene inn i grupper (koding). Kodene utvikles og justeres med utgangspunkt i de foreløpige temaene og skal være distinkt forskjellige fra hverandre.

3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene (fra kode til kondensat)
 - a. Ta for seg en og en kode og sortere materialet inn i nye meningsbærende enheter.
 - b. Sortere de meningsbærende enhetene inn i undergrupper.
 - c. Hver undergruppe omformuleres til et kondensat som skal sammenfatte og gjenfortelle den aktuelle undergruppen.
 - d. Formulering av et «gullsitat» som skal illustrere kondensatet.

4. Sammenfatte betydningen av dette (fra kondensat til kategori)
 - a. Lage en analytisk tekst basert på hvert kondensat.
 - b. Vurdere om gullsitatet fra punkt tre fortsatt illustrerer den analytiske teksten av undergruppen.
 - c. Validere de analytiske tekstene opp mot råmaterialet (intervjutranskriptene).
 - d. Gi hver kodegruppe en overskrift – en kategori.

Under hele analyseprosessen er det svært viktig å kunne ta et steg bakover og reflektere over hvorvidt tidligere trinn har vært hensiktsmessige, eller om den senere analysen viser at man burde sortert annerledes. Man skal bevege seg mellom punkt en og tre gjennom hele

prosessen for å sikre at resultatet blir representativt for det faktiske råmaterialet, i tillegg til valideringstrinnene i punkt fire.

Observasjon av konsultasjoner

I forkant av observasjonene ble Verktøykassa, en norsk oversatt tilpasning av The Calgary Cambridge Communication Guide, omformulert til en sjekklister. Punkter som besto av flere momenter ble delt opp, for eksempel ble punktet «nonverbal kommunikasjon» delt opp i øyekontakt, kroppsstilling, nikking og bruk av lyder. Punkter som sto oppført flere ganger i de ulike fasene ble sortert inn under «samarbeid» og «struktur» og bedømt under disse. Det er ikke gjort endringer på guiden, den er kun sortert og delt inn i en «sjekklister» for å forenkle arbeidet under observasjonen. Observasjonsguiden ligger som Appendiks 1.

Første del av datainnsamlingen ble gjort under konsultasjonen. Observatøren ble plassert på et nøytralt sted i rommet, legen ble instruert om ikke å involvere observatøren på noen måte. Hverken pasienten eller legen ble informert om målet med observasjonen. Observasjonen ble scoret slik: – = ikke gjennomført, X = gjennomført, / = ikke aktuelt. I de tilfellene hvor «ikke aktuelt» ble brukt, ble dette begrunnet. Det ble ikke gjort vurdering på i hvilken grad et punkt ble gjennomført, da det var viktigere å få frem pasientens syn på dette enn forskerens eget.

Intervju med pasient etter konsultasjonen

Rett i etterkant av konsultasjonen ble det gjennomført et semistrukturert intervju med pasienten, uten legens tilstedeværelse. Intervju med enkeltpasienter ble valgt foran fokusgrupper fordi det var viktig å la pasientene formidle sine tanker uten påvirkning fra andre. I tillegg var det ønskelig å gjennomføre intervjuet ganske umiddelbart etter konsultasjonen for at pasienten skulle ha den friskt i minne. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd.

På forhånd var det utarbeidet en intervjuguide basert på Verktøykassa, hvor flere av de anerkjente virkemidlene for god kommunikasjon var formulert til åpne spørsmål. Intervjuguiden ligger som Appendiks 2. Pasientene ble oppfordret til å utdype og forfølge sine tanker rundt de ulike spørsmålene og det var lav terskel for å gå inn på andre temaer pasientene ønsket å snakke om. Ikke alle spørsmålene ble stilt til alle pasientene. Det ble i

tillegg laget et spørreskjema med de samme spørsmålene som pasientene kunne ta med seg hjem om de ikke hadde anledning til et intervju rett etter konsultasjonen.

Analyse av data

Transkribering av data fra intervjuene ble gjort underveis. Pauser i intervjuet ble markert med «...» og alle lyder, som kremting og latter, ble tatt med. Ord som ble poengtert i intervjuet ble understreket i teksten. Det var et mål under transkripsjonen å beholde intervjuet i så original form som mulig.

Det var viktig å fokusere på intervjuene først fordi det var ønskelig å få et godt bilde på hva pasientene mente før man gikk videre på observasjonsanalysen. På den måten var det enklere å beholde fokuset på pasientens perspektiv. Det ble arbeidet med intervjumaterialet helt til disse var analysert frem til kondensater. Under intervjuene viste pasientene at de hadde flere ulike behov og ønsker om hva legen skulle gjøre, og dette ble vurdert som vanskelig å få frem om det ble valgt ut enkeltsitater. Det ble derfor ikke valgt ut gullsitater, som anbefalt i STC. I stedet ble det plukket ut flere sitater som poengterte pasientenes ulike ståsteder. Etter å ha fullført kondensatene ble det vurdert at man hadde et godt overblikk over hva pasientene anså som viktig. Intervjumaterialet ble derfor lagt bort midlertidig. Deretter begynte arbeidet med å analysere observasjonsmaterialet.

Observasjonsmaterialet var allerede ført inn i et oversiktsskjema. Dette skjemaet ble så delt i konsultasjonens ulike faser, og ble analysert og diskutert under hver fase. Hver fase ble delt inn i temaer etter hvilke funn som ble gjort. Observasjonsanalysen ble så lagt bort og kondensatene fra pasientintervjuene tatt frem igjen. Kondensatene ble omdannet til analytiske tekster som beskrev hver av fasene i konsultasjonen, samt ulike kategorier innenfor hver fase. Det ble fokusert på å slå sammen underkategorier innenfor hver fase, og å fremme den nye informasjonen pasientene hadde brakt med seg. Så begynte arbeidet med å flette sammen analytiske tekster fra intervjuene og observasjonsdata til et ferdig resultat. Resultatene ble delt inn etter konsultasjonens faser slik at det var enkelt å følge konsultasjonens gang gjennom resultatene.

Disponering av tiden

Tidsperiode	Arbeidsoppgave
17. nov 2014 – 1. februar 2015	Skrive veiledningskontrakt hovedveileder Formulere problemstilling Lese litteratur om kvalitativ metode Begynne forberedelser til bakgrunn/intro
August 2015, to uker før praksisperiode	Finne og lese relevant litteratur
August 2015 – Februar 2016 (praksisperiode)	Lese litteratur Skrive introduksjon/bakgrunn og metodeteori Planlegge egen data-innsamling Funnet ekstern veileder ved NLSH Bodø
Mars 2016	Møte med hovedveileder Skrive intro og metodeteori Lese relevant litteratur Rekruttere fastleger
April 2016	Data-innsamling Analyse av data
Mai 2016	Analyse av data Møte med begge veilederne i Tromsø Ferdigstille oppgaven E-postkontakt med begge veiledere om ferdigstilling

Materiale

Pasient- og legegrunnlaget

Malterud skriver at pasientgrunnlaget skal settes sammen «slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det du ønsker å si noe om når studien er gjennomført». Et strategisk utvalg er satt sammen slik at det på best mulig måte kan belyse den problemstillingen man vil si noe om. Da er den eksterne validiteten viktigere enn antall informanter (29).

Følgende eksklusjonskriterier ble satt opp:

- Ingen pasienter med behov for tolk
- Ingen konsultasjoner med barn under 16 år
- Kun ordinære konsultasjoner, ingen akutt-timer

Ikke-ordinære konsultasjonstimer ble ekskludert for å eliminere de akutte tilstandene hvor man har dårlig tid. I tillegg har flere legekontorer satt av mindre tid til akutt-timer og dermed færre muligheter for legene til å prioritere god kommunikasjon. Både barn under 16 år og

pasienter med behov for tolk er pasientgrupper som trenger egen forskning. Eneste inklusjonskriteriet for legene var at de var registrerte fastleger eller arbeidet som fastlegevikar. Det har vært et mål å inkludere både leger og pasienter med ulik alder, kjønn og problemstillinger.

Rekruttering

Rekruttering av leger

Det ble brukt mye tid på å forsøke å få kontakt med leger. Opprinnelig var det planlagt å gjennomføre studien i Tromsø kommune og alle legekantorene i kommunen ble kontaktet per brev. Det ble sendt ut brev til totalt 78 fastleger og fastlegevikarer ved 13 legekantorer i kommunen. Deretter ble det ringt til legekantorene for å kartlegge interesserte deltakere blant legene. Dette ble gjort i flere runder, men etter tre uker med telefoner hadde samtlige leger takket nei til å være med. På dette tidspunktet ble det vurdert å endre hele studien til spørreskjema i stedet for intervju, for å etterkomme ønsker fra legene. I stedet ble det besluttet å ta kontakt med legekantorer i andre kommuner.

Det ble rekruttert leger i to andre kommuner ved å ta kontakt med kommunenes legekantorer per e-post. Legene fikk informasjon om studiens tema og annen praktisk informasjon om gjennomføringen, se Appendiks 3. I samarbeid med legene ble det satt opp dager hvor timeboka passet med inklusjonskriteriene for konsultasjonene.

Rekruttering av pasienter

Pasientene som ble intervjuet ble rekruttert ved hjelp av et informasjonsbrev utdelt av resepsjonist/helsesekretær ved oppmøte. Legene begynte sin konsultasjon med muntlig å spørre om pasientene ønsket å få konsultasjonen observert og om han/hun hadde anledning til å være med på et kort intervju etterpå. I de tilfellene hvor pasienten sa ja til intervju, gikk forskeren gjennom informasjonsbrevet på nytt sammen med pasienten etter konsultasjonen, før intervjuet begynte. Pasienten skrev da også under på en samtykkeerklæring.

I de tilfellene hvor pasienten ikke ble intervjuet, men konsultasjonen ble observert, ble det vurdert som tilstrekkelig med muntlig samtykke. Disse pasientene fikk muntlig informasjon

om studien og pasienten fikk mulighet til å takke ja eller nei til å delta. Brevet til pasientene ligger som Appendiks 4.

Det ble til sammen observert 43 konsultasjoner, hvor en observasjon senere ble forkastet. Grunnlaget for resultatet er derfor 42 observasjoner. Det ble observert fem leger, hvorav tre var menn og to var kvinner. Gjennomsnittsalder var 47 år (range: 34 – 65). Det ble gjennomført 13 intervjuer og ett skriftlig spørreskjema, hvorav åtte var kvinner og seks var menn. Gjennomsnittsalder på pasientene var 51,6 år (range: 16 – 83).

Personvern

Et viktig prinsipp i denne studien har vært anonymisering av all data. Noen av pasientenes historier er blitt brukt som eksempler i resultatene. I disse tilfellene er alle detaljer som kan føre til gjenkjenning, redigert bort. Det er i tillegg valgt å redigere alle resultater og sitater slik at både pasientene og legene fremstilles som hankjønn (han/ham). Disse endringene er gjort for å bevare deltakernes anonymitet overfor hverandre og andre siden utvalget er lite. Hankjønn ble valgt over hunkjønn fordi både «en lege» og «en pasient» er substantiv hankjønnord. Dette er derfor en rent språklig avgjørelse og det er ikke tatt hensyn til hverken kjønnsfordelingen i utvalget eller i norsk primærhelsetjeneste generelt. Det påpekes likevel at utvalget inkluderer både menn og kvinner og at flere av sitatene også omhandler kvinnelige leger. Studien ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble godkjent 30.03.2016, se Appendiks 5.

Resultater

For å gjøre lesningen av resultatene enklere er det valgt å dele dem inn etter konsultasjonens faser. Fasene er videre delt inn i temaer.

Fase	Tema
Forarbeid	- Journalen
Innledning	- Presentasjon - Å sette agenda

Sykehistorie	<ul style="list-style-type: none"> - Avbrytelser - Nonverbal kommunikasjon - Verbal kommunikasjon
Klinisk undersøkelse	- Informasjon under undersøkelsen
Analyse og planlegging	<ul style="list-style-type: none"> - Formidle informasjon - Oppsummering
Avslutning	- Uavklarte spørsmål
Etterarbeid	- Samlet vurdering
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientmedvirkning - Å passe tiden
Samarbeid og relasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Den empatiske legen - Å fange opp signaler - Om å bygge forhold - Pasientens ansvar - Ta meg alvorlig

Tallene fra observasjonen er presentert i tabeller for hver fase, slik at det skal være enkelt for leseren å se hvilke data som er grunnlag for temaene. Alle tallene er presentert, selv om ikke alle blir diskutert i teksten.

Det er også valgt å diskutere resultatene for hvert tema, i stedet for å samle all diskusjon i neste kapittel. Årsaken til dette er at diskusjonen er sterkt knyttet opp mot resultatene i hver fase, og å samle alle på slutten vil kreve mange unødvendige gjentakelser. Målet med å sette opp resultater og diskusjon på denne måten er å gjøre sammenhengene tydelige og enklere å få med seg. Diskusjon av metode og materiale, rekruttering, samtykke og informasjonsgiving, samt konklusjon følger i et eget diskusjonskapittel. Alle prosenttall som er presentert i teksten er rundet av til nærmeste hele prosent.

Forarbeid

Journalen

For pasientenes del var journalen det viktigste punktet under forberedelsene. Pasientene var alle klar over at det ble ført journal på dem, og mange var opptatte av at denne skulle være oppdatert og riktig. Flere uttrykte at de satte pris på at fastlegen kunne «lese seg opp på dem» i forkant av konsultasjonen, nettopp for å være forberedt. I tillegg sa flere av pasientene at de *regnet med* at legen gjorde dette før konsultasjonen. De anså det som en del av legens arbeidsoppgaver å holde seg oppdatert på pasientens helsehistorikk.

Flere av pasientene uttrykte stor takknemlighet over at fastlegen kjente dem igjen fra gang til gang, også de som ikke gikk til legen jevnlig.

«Altså, jeg skjønner jo at han ikke kan ha kontroll på alle, men det er noe med at en ikke føler at en kommer som en ny pasient hver gang»

Innledning

Innledning	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Håndhilse	11	18	13
Presentere seg	8	23	11
Avklare andre tilstedeværende	42	0	0
Innhente samtykke	42	0	0
Begrunne notat-taking	2	40	0
Få frem pasientens agenda	21	21	0
Undersøke om pasienten har andre ting å ta opp	0	42	0

Presentasjon

Resultat

Alle pasientene ble spurt om hvordan de syntes legen tok dem imot på venterommet og inne på legekantoret. Mange av pasientene fortalte at de ble tatt imot ved at fastlegen kom ut på venterommet og hentet dem inn ved å rope opp navnet deres. Noen ganger håndhilste de, da særlig om de ikke hadde møttes før eller om det var lenge siden sist. Andre ganger ble det ikke håndhilst. At legen selv kom og hentet dem på venterommet med et smil, blikk-kontakt og en hyggelig frase, ble beskrevet som en trygg, ufarlig og nær måte å bli møtt på.

«Hun møter meg veldig med blikket. Ja, helst blikket, og så et smil!»

Inne på legekantoret var de fleste pasientene komfortable med hva som skulle skje og mange beskrev det som naturlig å gå rett og sette seg på «stolen som sto klar». Det var likevel noen som uttrykte at de ønsket at legen tok kontroll over situasjonen og inviterte til å sette seg. Disse pasientene mente at de var gjester på legens kontor og ønsket å bli behandlet tilsvarende.

Diskusjon

Det var svært mange av konsultasjonene hvor legen hverken presenterte seg eller håndhilste på pasienten. Likevel så ikke dette ut til å sette en stopper for den videre kontakten eller kommunikasjonen. Pasientene uttrykket heller ikke dette som noe problem under intervjuene. Årsaken til dette kan være at pasientene og legen er kjent fra før av og ikke ser noe behov for å hilse på hverandre på nytt. I de tilfellene hvor det ble håndhilst var dette ofte yngre pasienter og pasienter som selv uttrykte at de ikke hadde vært hos den aktuelle legen tidligere. Dette underbygger tanken om at både fastlege og pasient føler det unødig å hilse på hverandre gang på gang. Å håndhilse på en pasient man har møtt flere ganger før, kan på en måte sies å stå i veien for kommunikasjonen, fordi det skaper en illusjon av at partene ikke kjenner hverandre og at den formelle introduksjonen er nødvendig.

Å sette agenda

Resultat

Å sette agendaen for konsultasjonen involverer ferdighetene om å få frem pasientens agenda, samt å undersøke om det er noe annet pasienten også ønsker å snakke om. Observasjonene viser at legene ikke prioriterer denne delen av innledningen, men gjerne går rett fra presentasjon til sykehistorie. I ingen av de observerte konsultasjonene ble det spurt om pasienten hadde flere ting å ta opp. I kun halvparten av konsultasjonene ble det spurt om hva pasienten ønsket å snakke om, i de resterende gikk legen direkte over i neste fase og begynte selv sykehistorien. I disse tilfellene begynte ofte legen å snakke om hva som skulle gjøres av kontroller under dagens konsultasjon.

De fleste av de intervjuede pasientene hadde legetime på grunn av kontroller av diverse tilstander. Selv om kontrollene var den primære årsaken for legetimen så fortalte flere av pasientene at de hadde spart opp andre spørsmål de ville stille legen på kontrolltiden. Pasientene ønsket derfor at legen skulle prioritere å sette agenda under innledningen, slik at de kunne få frem dette tidlig.

«Oftest går jeg til legen for sprøyta, for jeg er lite syk ellers. Og det vet jo legen, men han er veldig flink til å spørre likevel.»

Diskusjon

Teorien bak å sette en agenda for konsultasjonen er at man så tidlig som mulig skal få frem alle pasientens grunner til å kontakte helsevesenet. På den måten kan fastlegen enklere ta styring over tidsbruk og struktur i konsultasjonen (se også fasen «struktur» senere). Påfallende nok satt flere av pasientene med huskelapp i hendene, men legene forhørte seg likevel ikke om hvorvidt pasienten hadde flere ting de ønsket å ta opp. Dette resulterte flere ganger i at legen feilprioriterte tidsbruken på grunn av en feiloppfatning av hvilke problemstillinger pasienten ønsket å snakke om. Den lille tidsbesparelsen fastlegen fikk av å hoppe over agenda-setting i innledningen, var ikke nok til å ta igjen for den ekstra tiden som måtte brukes på en ny problemstilling når konsultasjonen egentlig var planlagt å nærme seg slutten i avslutningsfasen. Flere av pasientene uttrykte også at de «samlet opp» ting de lurte på fra legen mellom de planlagte kontrollene. De hadde derfor stort sett flere ting de ønsket å ta opp i tillegg til den avtalte kontrollen legen allerede visste om. Dette, sammen med det faktum at kontrolltimene oftest var de timene hvor legen *selv* startet både innledning og sykehistorie uten å forhøre seg med pasienten, førte flere ganger til at legen og pasienten ikke hadde samme syn på hva timen faktisk skulle brukes til.

Sykehistorie

Sykehistorie	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
La pasienten fortelle sin historie	25	16	1
Ikke avbryte	23	19	0
Nonverbal kommunikasjon (en/flere under)	42	0	0
Øyekontakt	42	0	0
Kroppsstilling	30	12	0
Nikke	38	4	0
Bruk av lyder	40	2	0
Verbal kommunikasjon (en/flere under)	42	0	0
Åpne spørsmål	16	26	0
Utdyping/omformulering/nyansering	33	9	0
Bruk av pauser	12	30	0
Forståelig språk	42	0	0
Forklare medisinske uttrykk	18	4	20
Undersøke behov for komparentopplysninger	3	0	39

Avbrytelser

Resultat

Under observasjonen kom det frem at pasienten fikk fortelle sin historie ferdig i 60 % av konsultasjonene. I flesteparten av de resterende timene ble pasienten avbrutt fordi legen begynte å stille spørsmål. I noen få tilfeller ba legene pasienten fortelle ferdig sin historie etter å ha stilt spørsmål, men i majoriteten av konsultasjonene ble ikke pasienten bedt om å fullføre etter avbrytelsen. Pasientene var enige om at avbrytelser fra fastlegen var forstyrrende for dem under formidlingen av sykehistorien. De ønsket en fastlege som lyttet uten å avbryte, til de var ferdig med hele sin historie. Først da, når de hadde fått fullføre, ønsket de å få utdypende spørsmål eller svar på sine egne spørsmål. Hvis legen arbeidet på denne måten uttrykte pasientene at de følte seg lyttet til i mye større grad.

«Legen skal lytte og la meg snakke ferdig først.»

«At han hører etter og ikke avbryter. Det synes jeg er veldig godt, da føler jeg at han faktisk hører etter på hva jeg sier.»

Diskusjon

Fastlegene var svært fokusert på det pasienten fortalte. Årsaken til at pasientene ikke fikk fullføre sin historie var ofte fordi legen gikk rett på den første problemstillingen pasienten presenterte, uten å utforske muligheten for at pasienten hadde mer på hjertet. Tilfeller hvor pasienten ble avbrutt, ikke fikk fullføre sin historie og ikke fikk tilstrekkelig pausetid til å tenke gjennom spørsmålene legene stilte, kan alle tyde på samme tendens hos legene: De fokuserte så hardt på den informasjonen som kom frem at de nedprioriterte fokuset på det pasienten *ikke* fikk mulighet til å fortelle. Dette kan virke forstyrrende for kommunikasjonen fordi det forhindrer pasienten fra til å ta opp andre, vanskeligere problemstillinger. Det kan også tenkes at fastlegen på denne måten fratar pasienten en sjanse til selv å sette agendaen for konsultasjonen, i de tilfellene hvor fastlegen ikke hadde klarlagt denne i innledningen.

Nonverbal og verbal kommunikasjon

Resultat

Under «nonverbal kommunikasjon» ligger kroppsstilling, nikking, øyekontakt og bruk av lyder («hm-ing» ol.). Samtlige fastleger tok i bruk en eller flere av disse virkemidlene i sykehistoriefasen. Alle hadde øyekontakt med pasienten mens pasienten fortalte sin historie, og de fleste legene viste også interesse ved bruk av nikking og lyder underveis.

Det som skilte legene mest var bruk av kroppsstilling som nonverbalt virkemiddel for å oppnå kontakt. Noen leger snudde hele kroppen mot pasienten, mens andre kun snudde hodet i pasientens retning mens resten av kroppen var rettet mot skrivebord og pc. Legene var svært konsekvente i dette.

I følge pasientene skulle en lege helst være lyttende, som betydde at det skulle være fullt fokus på pasienten. De etterlyste bruk av de nonverbale kommunikasjonsferdighetene og anså bruken av disse som svært fordelaktige. Særlig øyekontakt og kroppsstilling var viktig, flere poengterte at de ønsket at legen skulle være vendt mot dem med hele kroppen. Disse virkemidlene var dessuten viktige av en annen årsak, nemlig at pasientene ønsket å kunne se legen. Når legen var vendt mot dem og så på dem var det enklere for pasienten å lese legens reaksjoner og å se om legen var interessert i det de fortalte.

«Begrunne notat-taking» er et punkt under innledningen som, med unntak av to tilfeller, ble hoppet over av samtlige fastleger. De fleste pasientene var enige om at notat-taking var både nødvendig og viktig for å oppdatere journalen, samt å passe på at ikke informasjon ble glemt. Ingen av pasientene uttrykte under intervju at de ønsket en begrunnelse eller unnskyldning fra legen for å ta notater. Problemet med notattaking var at legen brukte datamaskinen. Pasientene uttrykte at fokus på pc-en var ensbetydende med at fokuset var borte fra pasienten. Bruk av pc i de innledende fasene av konsultasjonen (innledning, sykehistorie) var ødeleggende for kommunikasjonen, først og fremst fordi det ødela for den nonverbale kommunikasjonen.

«Jeg hadde ikke følt at det hadde vært noe greit hvis legen ikke hadde tid og ikke ser deg, sitter med skjermen hele tiden og ikke kan vende seg mot deg i det hele tatt nesten, at man bare ser nakken eller ryggen.»

«Det er veldig forskjell på legene. Noen er bare opptatt med den skjermen der og det er litt trasig, hvis de bare er opptatt med skjermen. De ser ikke pasienten.»

Noen av pasientene uttrykte at de forsto at legen måtte bruke pc-en underveis i konsultasjonen, for å rekke over alt arbeidet som skulle gjøres. Denne forståelsen betydde likevel ikke at de satte pris på det og flere av pasientene kom med forslag om å utvide konsultasjonstiden slik at dokumentasjonen kunne skje etter pasientmøtet.

Under kategorien «verbal kommunikasjon» ligger ferdighetene åpne spørsmål, utdyping, omformulering og nyansering, bruk av pauser, forståelig språk og forklaring av medisinske uttrykk. I kun 38 % av konsultasjonene brukte fastlegene et eller flere åpne spørsmål når de begynte samtalen med pasienten om sykehistorien. I de resterende konsultasjonene (62 %) gikk legen rett på lukkede spørsmål om ulike aspekter ved pasientens historie.

Bruk av pauser som virkemiddel for god verbal kommunikasjon ble prioritert ulikt hos de observerte legene. Flertallet av legene brukte ikke pauser som et virkemiddel i sykehistorien. Med unntak av et par enkelt-tilfeller, gikk legene raskt over fra et tema til et annet, eller omformulerte hvis pasienten ikke svarte på spørsmål tilnærmet umiddelbart. Kun én av legene så ut til bevisst å bruke pauser som et virkemiddel ovenfor sine pasienter, denne legen gjorde det derimot i tilnærmet alle sine konsultasjoner.

Diskusjon

Innenfor legenes bruk av nonverbale kommunikasjonsferdigheter, var kroppsstilling den ferdigheten legene oftest unnlot å bruke. Dette kan ha sammenheng med at øyekontakt, nikking og bruk av lyder er virkemidler som brukes i normal samtale og derfor ligger naturlig for de fleste mennesker. Den mer varierende bruken av kroppsstilling kan tyde på at mange av legene bruker de andre nonverbale kommunikasjonsferdighetene uten å ha et bevisst forhold til dem.

Bruk av verbale og nonverbale kommunikasjonsvirkemidler i samtaler, for eksempel kroppsstilling pauser og åpne spørsmål, brukes oftere i en kontekst hvor målet er å være tilstede, være trøstende og å la den andre parten få rom til å åpne seg. Dette kan virke unaturlig i en konsultasjon hvis legen ikke har et bevisst forhold til at dette er mål som ønskes

opnådd. I en travel hverdag hvor legen har sitt hovedfokus på å løse problemer, kan det virke unaturlig å bruke disse virkemidlene, fordi legen bevisst eller ubevisst kan gå ut i fra at pasienten forteller om alle aspektene ved sin sykdom. Når pasientene da forteller i intervjuene at legens bruk av nonverbale kommunikasjonsvirkemidler er viktige for at de skal klare å åpne seg, tyder dette på at legene kan tjene på å ha et mer bevisst forhold til disse.

Klinisk undersøkelse

Klinisk undersøkelse	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Avklare hvem som skal være tilstede	4	0	38
Forklare undersøkelse	17	13	12
Be om samtykke	4	26	12
Forklare funn	24	6	12
Si fra om noe kan være smertefullt	1	5	36

Informasjon under undersøkelsen

Resultat

I 30 av de observerte konsultasjonene ble det gjort en klinisk undersøkelse av pasienten. I 43 % av undersøkelsene forklarte fastlegen kun *hva* som skulle gjøres (f. eks. «jeg skal ta et blodtrykk» eller «jeg skal lytte på hjertet ditt»), og ikke *hva* undersøkelsen innebar eller hvordan den skulle gjennomføres. I 4/30 tilfeller (13 %) spurte legene om samtykke før de begynte å undersøke. I tillegg bortprioriterte legene å informere om hvorvidt undersøkelsen kunne være smertefull, dette ble kun gjort ved én undersøkelse. De fem tilfellene hvor dette er registrert som «ikke gjort» representerer tilfeller hvor legen ikke sa ifra om potensiell smerte og pasienten hadde en smertereaksjon under undersøkelsen (rykning, verbal reaksjon eller lignende).

Pasientene hadde få kommentarer på fastlegens utførelse av den kliniske undersøkelsen. Det var ingen av pasientene som uttrykte at de ønsket mer informasjon i forkant om hva undersøkelsen innebar, og ingen av dem som reagerte på at legen ikke ba om samtykke før han begynte undersøkelsen. Flere sa at de ønsket at legen skulle ta full styring i denne fasen. Derimot uttrykte flere av pasientene at de nok hadde ønsket mer informasjon i forkant om de skulle gjennom en undersøkelse som var ukjent for dem.

«Det er litt mer sånn at jeg bare stoler på legen»

«Det er jo han som er legen, ikke jeg»

Mange ønsket informasjon og en samtale om funnene i etterkant av undersøkelsen. I kun seks tilfeller ga ikke legene noen informasjon om funn av undersøkelser i ettertid. De resterende 24 kliniske undersøkelsene ble avsluttet med at legen forklarte sine funn for pasienten.

Diskusjon

Legene varierte fra pasient til pasient hvilke ferdigheter som ble brukt under den kliniske undersøkelsen. Dette markerer en stor forskjell fra andre faser, hvor legene stort sett brukte samme ferdighetene uavhengig av pasienten.

De fleste pasientene uttrykket at de var fornøyde med fastlegens håndtering av undersøkelsen, og hadde lite å tilføre ellers. Det kan virke som om den kliniske undersøkelsen er den fasen i konsultasjonen hvor pasienten er mest passiv. Det er mulig at dette er den fasen hvor pasientene har minst bakgrunnskunnskaper, det blir snakket lite om ulike undersøkelser utenfor legekantoret. Dette kan bety at lekfolk har dårligere forutsetninger for å vite noe om undersøkelser enn for eksempel om sykdommer og ulike behandlingsformer. Dette igjen kan forklare hvorfor pasientene i stor grad uttrykte at de lot legen ta avgjørelsen om hvilke kliniske undersøkelser som skulle gjøres.

Analyse og planlegging

Analyse og planlegging	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Avklare hva pasienten vet fra før av	16	26	0
Forklar hva som er gjort til nå	28	14	0
Gjentakelse	16	26	0
Oppsummering	18	24	0
Spør om noe er uklart	5	37	0
Åpne spørsmål	6	36	0
Lukkede spørsmål	20	22	0
Svar på alle spørsmål	42	0	0
Oppsummer	15	27	0
Sjekk med evt. pårørende	2	0	40
Rom for medvirkning	32	10	0

Presenter ulike valgmuligheter	20	24	0
Forslag i stedet for instruksjer	26	16	0
Oppmuntre til deltakelse	23	19	0
Felles plan	23	19	0
Sjekk om pasienten er enig i plan og analyse	22	20	0

Formidle informasjon

Resultat

De første ferdighetene innebærer at fastlegen avklarer hva pasienten vet fra før, og deretter hva som er gjort til nå. Dette deles videre inn i gjentakelse, oppsummering, spørsmål om hvorvidt noe er uklart, åpne og lukkede spørsmål. I 38 % av konsultasjonene brukte legen tid på å avklare hva pasienten allerede visste om sine plager. I 67 % av konsultasjonene ble det brukt en eller flere virkemidlene for å forklare hva som var gjort til nå, men det ble sjeldent brukt mer enn en eller to av virkemidlene per konsultasjon. Dette gjør at antallet ferdigheter som *ikke* ble brukt var høyere enn de som ble brukt i samtlige konsultasjoner.

Pasientene var delte i oppfatningen av hvor mye informasjon de ville ha av fastlegen. Noen av pasientene uttrykte at de synes det var veldig bra når legen tok seg tid til å forklare argumentene bak sine konklusjoner.

«Jeg synes det er veldig bra at han undersøker ordentlig i stedet for bare å se fort på den og si at «jeg tror ikke det er noe galt». Og så begrunner han etterpå hva han har sett og hvorfor han ikke mener det er noe galt»

Andre pasienter var ikke like opptatt av dette og hadde nok med å høre legens konklusjon. Disse pasientene uttrykte ofte at når legen sa at det ikke var noe galt så slappet de av.

Diskusjon

Første del av analyse og planlegging innebærer å avklare hva pasienten vet og hva som er gjort, for deretter å gi relevant informasjon. Målet er å sikre at legen og pasienten har en felles forståelse av situasjonen, og dermed unngå misforståelser. Det mest påfallende under observasjonen var likevel at flere av legene så ut til å *forsøke* bruk av disse ferdighetene. Flere gjorde et forsøk på oppsummering eller gjentakelse av informasjon som var kommet frem,

både under denne og tidligere konsultasjoner, men uten å egentlig gjennomføre hele analysen muntlig for pasienten. For observatøren kunne det virke som om legen oppsummerte mest for sin egen del, og ikke som et ledd i å undersøke enighet mellom lege og pasient.

Oppsummering

Resultat

I rett over halvparten av de observerte konsultasjonene oppsummerte fastlegen under avslutningsfasen heller enn under analyse og planlegging (52 % mot 36 %). Mange av pasientene etterlyste en oppsummering fra legen tidligere i konsultasjonen. Noen uttrykte at de kunne være dårlige på å forklare og at de hadde en bekymring for at legen ikke alltid forsto hva de ville frem til. Disse satte pris på at legen oppsummerte allerede etter sykehistorien, slik at de fikk en bekreftelse på at de og legen hadde samme forståelse av situasjonen.

«Gjerne spørre opp igjen. Jeg kan ofte forklare meg på en knotete måte og så er det greit å få noen spørsmål tilbake for å vite at de skjønnte hva jeg mente»

Diskusjon

Når det gjaldt oppsummeringen var det flere av legene som oppsummerte i avslutningsfasen enn under analyse og planlegging. Pasientene uttrykte at de ønsket en oppsummering for å sjekke legens forståelse av situasjonen. Dette kan tyde på at lønner seg for legen å oppsummere tidligere i konsultasjonen, eller flere ganger i løpet av konsultasjonen, heller enn kun i avslutningsfasen. På den måten vil også pasientene ha bedre utbytte av oppsummeringen da det kan blottlegge potensielle misforståelser mellom partene og gi pasientene et bedre utgangspunkt for å forstå legens avveininger.

Avslutning

Avslutning	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Oppsummer	22	20	0
Avtale neste skritt/plan	41	1	0
Avtale evt. avviking fra plan	12	30	0

Rom for medvirkning	27	15	0
Enig i oppsummering	22	20	0
Forslag til endringer	8	34	0
Uavklarte spørsmål	10	32	0
Se til at pasienten får assistanse	1	0	41
Håndhilse	1	41	0

Uavklarte spørsmål

Resultat

I 24 % av konsultasjonene spurte legen pasienten om han hadde uavklarte spørsmål.

Diskusjon

Observatøren fikk inntrykk av at avslutningen ofte virket noe kunstig. Legen stilte spørsmål som «er du enig?», «har du noen andre spørsmål?» eller lignende, men uten egentlig å la det være åpent for at pasienten kunne gjøre noe annet enn å si seg enig. Årsaken til dette inntrykket var at selv om spørsmålene ble stilt, ble de ofte stilt med en total mangel på nonverbale kommunikasjonsvirkemidler. Eksempler er spørsmål uten at fastlegen og pasienten hadde øyekontakt, mens legen hadde en bortvendt kroppsstilling eller i det legen eller pasienten var i ferd med å reise seg fra stolen. Alt dette tyder på at legene bruker dette spørsmålet mer som en måte å markere konsultasjonens slutt på, enn som en reell mulighet for pasienten til å komme med spørsmål.

Uavklarte spørsmål kan være vanskelig å ta i bruk på slutten av en konsultasjon, særlig i konsultasjoner hvor det er brukt mer tid enn ønskelig. Årsaken er at spørsmålet «er det noe mer du lurer på?» har potensiale for å åpne opp igjen hele konsultasjonen i stedet for å avslutte den. Dette bar observasjonen også preg av, i 32 konsultasjoner ble dette bortprioritert av legene. Flere av konsultasjonene endte likevel med at pasienten tok opp et nytt tema på slutten av konsultasjonen, hvor legen ellers var i ferd med å avslutte. Dette tyder på at pasientene venter et slikt spørsmål og ikke nødvendigvis godtar at legen avslutter konsultasjonen uten å ha gitt pasienten mulighet til å komme med spørsmål. Det vil derfor være gunstig for fastlegene å tilrettelegge for slike spørsmål, fordi de sannsynligvis vil komme uansett. Et alternativ kan være å endre måten legen stiller spørsmålet på. Å endre spørsmålet fra «er det noe mer du lurer på?» til «hva lurer du på?» gjør at spørsmålet blir åpnere og mer positivt ladet. I tillegg viser denne ordlyden at legen går ut i fra at pasienten har spørsmål og

senker dermed terskelen for at disse kan stilles. Dette fordrer derimot at legen setter av tid til at det kan gjennomføres.

Etterarbeid

Etterarbeid	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Skrive journal og sikre oppfølging av pasienten	42	0	0

Resultatene i denne fasen er usikre av flere årsaker. Alle intervjuene ble utført rett etter konsultasjonen, og observatøren gikk derfor ut av legens kontor samtidig som pasienten. Det ble gjort 28 observasjoner som ikke ble etterfulgt av pasientintervju. Under alle konsultasjonene ble det observert at legen skrev i pasientens journal i løpet av konsultasjonen, og også at legen skrev etter at pasienten forlot kontoret. Det kan likevel ikke sies med sikkerhet at legen *fullførte* denne arbeidsoppgaven.

Struktur

Struktur (vurderes i alle faser)	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Enighet om formålet	28	14	0
Et tema av gangen	32	10	0
Sjekke felles forståelse	12	30	0
Tydeliggjøre skifte av tema	11	25	6
Passe tiden	12	30	0

Pasientmedvirkning

Resultat

Pasientmedvirkning er et tema som går igjen i flere av fasene. For ordens skyld er resultat og diskusjon av alle ferdighetene som er regnet som pasientmedvirkning flyttet hit.

Under «struktur» er enighet om formålet, tydelig skifte av tema og å sjekke felles forståelse ferdigheter som kan brukes for å involvere pasienten. Enighet om formålet er vurdert som «ikke gjort» i de tilfellene hvor det har vist seg at pasienten har hatt flere problemstillinger å ta opp, men at det på slutten ikke er beregnet tid til disse. Dette skjedde ved 33 % av de

observerte konsultasjonene. I 71 % av konsultasjonene sjekket ikke legen etter felles forståelse, men gjorde sine resonnementer og avveininger uten å involvere pasienten.

Pasientmedvirkningen ble også tatt opp i fasen om analyse og planlegging og inkluderer følgende ferdigheter: Presentere ulike valgmuligheter, komme med forslag i stedet for instruksjoner, oppmuntre pasienten til deltakelse i planlegging og å legge en felles plan. Totalt 10 av de observerte konsultasjonene ga ingen rom for medvirkning fra pasienten, i de resterende 32 konsultasjonene brukte fastlegene en eller flere av virkemidlene. Det var samme legen som utførte svært mange av de 10 konsultasjonene hvor ingen ferdigheter ble brukt, mens en annen lege sto for de fleste av konsultasjonene hvor nesten alle ferdighetene ble brukt. Under avslutning ligger ferdighetene «forslag til endringer» og «enig i oppsummeringen». I de tilfellene hvor det er registrert forslag til endringer var dette fordi pasienten selv tok opp en problemstilling, ikke fordi legen spurte.

Pasientene var opptatt av å få lov til å uttrykke sine egne tanker og stille spørsmål og ønsket at legen tok disse med i betraktningen *før* han tok en avgjørelse eller la en plan videre.

*«Det er åpenhet for å kunne spørre, da føler jeg at jeg får enda mer svar.
Hvis jeg hadde gått hjem uten å spørre så hadde jeg lurt på om det var noe
han hadde tenkt på. Nå slapper jeg mer av.»*

Mange av pasientene fortalte at de ventet med å komme med egne forslag til sin fastlege, og heller avventet og så hva fastlegen gjorde over et par konsultasjoner. Flere uttrykket at de ønsket at legen skulle ha siste ordet fordi legen hadde den helsefaglige kunnskapen.

*«Jeg vil gjerne at han skal ha det siste ordet, for det er han som kan det.
Men hvis det er noe jeg mener at jeg vet og kan bidra med så gjør jeg det.»*

Samtidig var det viktig for dem at de fikk være med å diskutere og legge en plan sammen med legen, og at legen tilrettela for at de kunne komme med sine synspunkter under konsultasjonen. De ønsket at fastlegene kom med forslag i stedet for instruksjoner om hva som skulle gjøres videre. Flere satte også pris på at legen rådførte seg med dem og spurte om de var enige i planen som var lagt.

Diskusjon

Det var svært stor forskjell på fastlegene i hvordan de tilrettela for å gi pasienten rom for medvirkning. Der noen leger brukte mange av ferdighetene og prioriterte å legge til rette for medvirkning, tok andre leger disse beslutningene på egenhånd og lot i stor grad være å involvere pasienten. I avslutningsfasen viste observasjonen at legene hadde ulikt fokus på pasientmedvirkning fra pasient til pasient. Dette utgjør en markant forskjell fra analyse og planleggingsfasen, hvor legene var svært konsekvente i bruk av ferdighetene. Observasjonene tydet også på at legen selv hadde kontroll på strukturen gjennom konsultasjonen, men at pasientene sjeldent ble aktivt innlemmet i dette. Mangel på involvering kan være til hinder for pasient-medvirkningen, da pasienten i større grad er nødt til å forholde seg til legens styring av konsultasjonen og selv blir mer passiv.

Å passe tiden

Resultat

Her er «gjort» regnet som de gangene hvor en pasient har forlatt kontoret tidsnok til at neste pasient begynner sin konsultasjon på den avtalte tiden. Det er ikke tatt tiden på hvor lenge konsultasjonene har vart, og det var derfor nødvendig for legen å avslutte konsultasjonen på under normal tid (15-20 min) hvis konsultasjonen var forsinket fra starten av.

Flere av pasientene uttrykte at de ønsket at en vanlig konsultasjon varte lenger enn de avsatte 15 – 20 minuttene. På den måten hadde legen bedre tid til hver pasient, i tillegg til at han hadde en buffer mot forsinkelser. Noen kommenterte at den avsatte konsultasjonstiden ikke var nok til å ta opp vanskeligere problemstillinger og at de opplevde at legen ofte var mer opptatte av å passe tiden enn å utforske mulige underliggende problemstillinger hos pasienten.

«Det er blitt så begrenset nå, du har time og de har det travelt og sånt. Om jeg skulle ha uttrykket følelser på legekantoret så måtte jeg nok ha bestilt en lenger time ... Ikke bare kommet inn i full fart, da hadde det nok ikke blitt tid til det»

Det ble fortalt historier om konsultasjoner hvor pasienten hadde forsøkt å ta opp vanskelige ting, men legen ikke hadde oppfattet dette. Pasientene spekulerte i om dette var et bevisst valg fra legen for ikke å gå over tiden, eller om tidspresset gjorde at legen ubevisst ikke hadde tatt seg tid til pasienten.

«Kanskje var det tidsklemma som gjorde at han ikke hadde tid til å lytte ordentlig»

Det ble ansett som en svært god egenskap at legen klarte å beholde roen selv om han var på etterskudd på timeplanen. En rolig lege ble beskrevet som tilstede under samtalen, han lyttet aktivt og brukte verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter. En lege som prøvde å ta igjen tapt tid ved å gjøre flere arbeidsoppgaver (skrive journal, fylle inn papirer) mens han samtalte med pasienten, ble oppfattet som en stresset lege.

«Å være rolig betyr ikke å drive på med alt annet i mens»

«Hvis han hadde holdt på med masse annet så hadde jeg nok ikke følt at han fulgte med»

Flertallet av pasientene var enige i at de ville reagert negativt på en stresset lege. Mange av dem ble veldig bevisst på egne ordvalg rundt en stresset lege og følte at de også måtte fokusere på å bruke så lite som mulig. Flere sa at de ville tatt en kortversjon av sin historie og utelatt detaljer som de ellers ville tatt med, og de ville også latt være å ta opp «den ekstra tingen» som de hadde tenkt å prate med legen om under konsultasjonen. Flere av pasientene kommenterte at hvis fastlegen virket stresset og hadde mer fokus på tiden enn pasienten, ville dette over tid være en god grunn til å skifte fastlege.

Diskusjon

Det er en viktig del av en leges hverdag å holde tidsplanen. Av observasjonen var det tydelig at fastlegene vektla denne ferdigheten svært ulikt. Kun én fastlege hadde en mer konsekvent bruk av denne ferdigheten og gjorde ferdig konsultasjonene på avtalt tid i nesten alle sine

konsultasjoner. Denne legen hadde derimot en annen måte å styre sine konsultasjoner på og hadde en merkbart mindre pasientmedvirkning i alle faser av konsultasjonen.

Det kan spekuleres i om «å passe tiden» kunne vært innfridd oftere om pasientene ble mer eller mindre involvert i oppbygningen av konsultasjonen. På den ene siden vil en sterkere pasient-medvirkning og en tydeligere oppbygning gjøre at pasienten bedre forstår hva legen ønsker å oppnå, og dermed vil lege og pasient kunne arbeide sammen om det felles målet. På den andre siden må det brukes tid på å involvere pasienten, og ineffektiv bruk av pasient-involvering kan potensielt føre til at det brukes mye ekstra tid på prat som ikke fører til resultater. Hvis pasientene skal involveres systematisk er dette ferdigheter som legene må øve mye på for å beherske i en grad der det blir effektivt. Det vil nok kreve en større grad av bevissthet rundt ferdighetene enn de observerte fastlegene viste i sine konsultasjoner.

Det er interessant at en lege som forsøker å gjøre flere ting på en gang lett blir oppfattet som stresset av sine pasienter. En stresset lege ble beskrevet som svært negativt i forhold til kommunikasjonen under den aktuelle konsultasjonen, men også for det videre forholdet mellom pasienten og fastlegen. De viktigste punktene var nok hvordan en stresset lege gjorde at pasientene ikke følte seg komfortable med å greie ut om sine problemer. Dette kan ha store konsekvenser for videre utredning og feilvurderinger av alvorlighetsgrad. Det kan derfor være gunstig for legen å vurdere å utvide sin konsultasjonstid om han merker at han stadig «går tom for tid» i møte med sine pasienter.

Samarbeid og relasjon

I the Calgary-Cambridge Communication Guide omtales denne fasen som «Building the Relationship». Under utarbeidelsen av Verktøykassa var det involvert personer innenfor flere medisinske spesialiteter. Et av målene var å lage en kommunikasjonsguide som kunne brukes innenfor et bredt spekter av spesialiteter, ikke bare allmenntmedisin. Fasene ble gitt navn som kunne brukes innenfor de indremedisinske spesialitetene også, hvor legene ikke nødvendigvis møter pasientene mange nok ganger til å danne et langvarig forhold. Verktøykassas betegnelse på «Building the Relationship» ble derfor «Samarbeid». I Steinar Hungsårs «Allmenntmedisin» har Edvin Schei omtalt denne fasen som «Relasjon». Denne betegnelsen kan beskrive en del av pasientenes utsagn bedre enn «Samarbeid» alene, fordi pasienten var

opptatte av å kunne bygge forhold til sin fastlege *over tid*. Det er i denne oppgaven derfor valgt å kalle denne fasen «samarbeid og relasjon».

Samarbeid	Gjort	Ikke gjort	Uaktuelt
Vise omtanke for pasient/pårørende	39	3	0
Legge til rette for pasienten	40	2	0
Omtanke ved pinlige spørsmål	6	2	34
Omtanke ved smertefulle prosedyrer	4	2	36
Legitimere pas.' tanker og følelser	35	7	0
Aktiv lytting	34	8	0
Ikke bryte kontakt unødige	36	6	0
Forståelig språk, forklare med. uttrykk	42	0	0
Fange opp signaler fra pasient	39	3	0
Vise forståelse, empati, innlevelse	38	4	0
Legge til rette for medvirkning	32	10	0

Den empatiske legen

Resultat

Observasjonen viste at legene brukte ferdighetene «innlevelse, empati og forståelse» i 90 % av sine konsultasjoner. Dette var også et tema pasientene hadde mange tanker rundt. Legens empatiske ferdigheter var så viktige at mange oppga det som hovedårsaken til at de valgte å bli hos sin fastlege. Pasientene etterlyste også en lege med humør og evne til å skape en mer uformell stemning på legekantoret. De beskrev gode opplevelser med leger de har hatt og trakk frem egenskaper som å tulle, prate om andre ting i tillegg til det medisinsk-faglige, samt å være en humørspreder. Denne uformelle stemningen hjalp flere av pasientene å åpne seg og gjorde det enklere å prate med legen.

«Han er så hyggelig, på en måte. Han bryr seg og det er akkurat som om han skjønner»

«Jeg føler at legen er mer åpen, han smiler og er blid og ser deg og sånn. Prater og tøyser litt hvis det er mulig, ikke bare helt stiv»

Å fange opp signaler

Resultat

Å fange opp signaler fra pasienten vil si at legen klarer å tyde pasientens verbale eller nonverbale kommunikasjon og forstår at pasienten har mer på hjertet. Dette ble gjort av legene i 93 % av konsultasjonene. Pasientene var opptatte av å ha en lege som spurte aktivt hvis han oppfattet signaler om at pasienten tenkte på noe spesielt.

«Uansett om det bare er en liten ting så får han det med seg»

«Han fanger opp bekymringene mine og det er godt å få den responsen»

Flere av pasientene fortalte at de syntes det var vanskelig å ta opp egne tanker om helseproblemene sine. Pasientene ønsket å ta opp de vanskelige problemene med legen, særlig om de trodde det kunne ha sammenheng med helseproblemene, men trengte at legen stilte spørsmål eller initierte samtalen. Flere hadde tidligere forsøkt ta opp vanskelige ting og hadde blitt møtt med taushet fra legen. Dette hadde ødelagt for den videre samtalen fordi pasientene ikke hadde følt seg komfortable med å fortelle. Noen syntes det var så vanskelig å at de ofte trengte at legen viste åpenhet gjennom flere konsultasjoner før de selv ble komfortable med å ta opp et problem.

«Jeg lurer på om ikke legene kan tilrettelegge litt slik at det er lettere å åpne seg. At ikke legen bare sitter og venter, men at det kan være en kommunikasjon fra legen også, at han ser pasienten. Legen kan hjelpe til så jeg klarer å åpne meg, ikke bare sitte og vente. For det er vanskelig å bare buse ut med tanker og meninger. Det er lettere hvis legen kommer den andre veien også litt forsiktig.»

Diskusjon

Mange av pasientene beskrev hvordan det å gå til legen er en svært privat sak og at det kan være pinlig å fortelle om helseproblemer. Dette betyr også at det nok kan finnes et visst hinder for å åpne seg for legen, om ikke legen legger til rette for samtalen. Dette hinderet kan heves ytterligere om pasienten opplever at legen ikke forstår eller klarer å fange opp pasientens

forsøk på å starte en vanskelig samtale. De problemene de intervjuede pasientene synes det var vanskelig å snakke om var gjerne problemer som hadde stor innvirkning på pasientens hverdag. Det kan derfor være til stor hjelp om legen bruker tid på å se etter slike signaler.

Om å bygge forhold

Resultat

Flere av pasientene uttrykte takknemlighet over å ha en fast lege å kunne gå til, fordi det innebar at det var mulig å bygge et forhold til denne legen. Mange uttrykte at de trengte tid for å bli komfortabel med en lege og at de, på samme måte som i møte med alle andre mennesker, ønsket å «bli kjent» med legen sin før de syntes det var greit å bli veldig privat. Likevel uttrykket mange av dem at prosessen med å bli kjent med en fastlege gikk fortere om samarbeidet under hver konsultasjon var godt. Når de først var blitt komfortable med sin fastlege ble kommunikasjonen enklere.

«Det er forskjell om jeg hadde gått til en annen lege. Jeg føler meg ikke like trygg i det hele tatt. Det er nesten så en ikke trenger å gå til legen. Når jeg har min faste lege vil jeg helst gå til ham. Det er liksom privat å gå til legen.»

Pasientens ansvar

Resultat

Alle pasientene mente at de hadde et ansvar for å formidle informasjon til legen sin. Den ene gruppen syntes dette var en enkel jobb, mens den andre syntes det var vanskeligere. De som mente det var enkelt å formidle informasjon til legen, hadde ganske like argumenter for dette: Det var pasienten som oppsøkte legen og da måtte det også være pasientens ansvar å formidle hvorfor han kom. Om disse pasientene merket at legen misforsto dem, uttrykte de at de da måtte fortelle mer, utdype eller omformulere sin fortelling slik at legen forsto. Den andre undergruppen var derimot usikre på om de kom til å klare å korrigere legen om de følte at han misforsto dem. Flere av dem uttrykte at de tenkte det var deres egen feil om legen misforsto, fordi legen hadde bedre kunnskaper om sykdommer enn pasienten selv.

Diskusjon

Det kan argumenteres for at en lege burde arbeide på lik måte uavhengig av hvor komfortabel pasienten er med å fortelle om sine plager. Legen burde i utgangspunktet gå ut i fra at pasienten synes det er vanskelig å prate om sitt privatliv, på den måten vil alltid legen gjøre sitt ytterste for å få frem pasientens tanker. Hvis pasienten føler seg hørt og lyttet til vil det kunne øke pasienttilfredsheten, uavhengig av hvilken gruppe pasienten tilhører. Ferdighetene som skal til for å få dette til kan hentes fra Verktøykassa. Hvis dette prioriteres over en periode vil det kunne føre til at samarbeidet mellom fastlege og pasient blir bedre i alle faser av konsultasjonen.

Ta meg alvorlig

Resultat

Flere av pasientene hadde historier om møter med leger hvor de ikke hadde følt seg tatt på alvor.

«Jeg tror ikke han hører så mye på det pasienten sier. Jeg tror han er litt sånn at han tenker at «det er nok heller sånn og sånn».»

Mange av dem mente at legen ikke hadde hatt forståelse for at pasientenes spørsmål var ting de virkelig ønsket svar på, og at bekymringene deres følte alvorlige for dem selv om de kanskje var banale for legen. Flere av pasientene poengterte at spørsmålene de stilte og meningene de kom med var nøye gjennomtenkt og overveid på forhånd. Når de først dro til legen var det fordi de hadde et problem det måtte settes fokus på. Dette ønsket de at legen også skulle ta inn over seg.

«... Og så vil jeg at legen, uansett om han ikke mener at det er noe galt, så skal han ikke få meg til å føle meg som en hypokonder. Jeg vil at legen skal ta det alvorlig og skjønne at jeg lurer på det.»

Hvis legen ble oppfattet som usikker i sine avgjørelser, var dette med på å bygge opp om pasientenes følelse av ikke å bli tatt alvorlig. Pasientene tok dette som at legen da ikke innså at de var reelt bekymret. I de tilfellene hvor legen var usikker og ikke kunne argumentere for

seg, ønsket de at legen skulle forhøre seg med kolleger eller gjøre andre tiltak, heller enn å vente og se.

Diskusjon

Det kan diskuteres om flere av pasientenes historier illustrerer episoder hvor en lege og pasient har misforstått hverandre, heller enn at en lege har valgt ikke å tro på pasienten. Pasientmedvirkning er nok den faktoren som bør prioriteres høyest om legene ønsker å unngå slike situasjoner. Mange misforståelser kan bøtes på eller unngås om legen åpent forteller om alle sine avveininger, aktivt innlemmer pasientene i sin tankegang og inviterer pasientene til å forklare hva de mener og tror. Et eksempel på dette er pasientens reaksjon på legen som vil «vente og se». Å vente og se utviklingen av en sykdom er en vanlig arbeidsmetode innenfor allmennmedisin. Pasientenes poeng var at *de også* trenger å forstå hvilke avveininger fastlegen gjør før han avgjør at en tilstand ikke er alvorlig nok og kan vente. Om ikke fastlegen deler disse tankene med pasienten, vil sannsynligvis heller ikke pasienten være betrygget når han går ut fra kontoret. Hvis legen og pasienten sammen arbeider for å forstå hverandres tankegang, vil det være mindre rom igjen for misforståelser.

Diskusjon

Materiale og metode

Refleksivitet

Refleksivitet handler om forskerens egne forutsetninger og holdninger til det temaet som skal undersøkes. Under arbeidet med denne oppgaven er det forsøkt å ha et bevisst forhold til dette. Spørsmålene som ble stilt har vært så åpne som mulig for å legge til rette for pasientens egen historie. I tillegg satte forskeren seg grundig inn i de ettertraktede ferdighetene for god kommunikasjon på legekantoret, og etterstrebet at disse også ble brukt under intervjuet. I forkant og under datainnsamlingen ble det flere ganger reflektert rundt egne tanker og holdninger til både observasjonen og pasientenes intervjuer. Det har vært en utfordring å holde seg helt objektiv under intervjuene, men det er etterstrebet hele veien. Resultatene

taler for at pasientene har følt seg komfortable med å dele rundhåndet av egne tanker i intervjuene.

Pasientene har alle vært klar over at forskeren i denne oppgaven har vært en medisinstudent. Dette har muligens gjort det enklere for pasientene å uttrykke seg om sine fastleger, fordi forskeren ikke er en kollega av dem de prater om. Av samme grunn gikk forskeren konsekvent i «sivile klær» fremfor å skifte til legekantorets arbeidsantrekk. Dermed ble det skapt et skille mellom det som skjedde under konsultasjonen og intervjuet etterpå.

Forskerens rolle som medisinstudent kan også være en ulempe på grunn av lite erfaring innenfor både forskning og klinikk. Det er forsøkt å beskrive alle stegene i analysen detaljert, slik at studien skal kunne etterprøves av mer erfarne forskere.

Validitet

Begrepet validitet deles inn i intern og ekstern validitet, hvor den interne validiteten handler om valg av rett metode for å belyse problemstillingen. Ekstern validitet forteller om overførbarheten fra studiens lokale kontekst til andre populasjoner og områder.

Analysemetoden brukt i oppgaven er Malteruds systematiske tekstkondensering (STC). Denne metoden ble i forkant ansett som både treffende for oppgaven og god å bruke. Ved flere tilfeller i løpet av analysen ble det bevisst tenkt gjennom hva som var det naturlige neste steget i prosessen. Dette ble så sjekket opp mot litteraturen og i de aller fleste tilfeller var dette også den anbefalte måten å gå videre på. Det var en naturlig og god måte å jobbe på. I etterkant av analysen ble STC fortsatt ansett som et godt valg.

Utvalget er lite, med 42 observasjoner og 14 intervjuer som basis for resultatet. Likevel er begge kjønn og et bredt spekter av aldre representert, både for pasientene og legene. Datainnsamlingen til denne studien er gjort i to kommuner i rurale strøk. Deres totale innbyggertall var per 1. januar 2016 på ca 20 000 personer fordelt på de to kommunene (34). Dette gjør at resultatene ikke nødvendigvis er overførbare til mer urbane kommuner med større folketall. Større byer kan gi pasientene større frihet ved valg av fastlege og kortere avstand til spesialisthelsetjenester. Legene får i tillegg mulighet til å ha flere pasienter, fordi innbyggertallet er større. Disse faktorene kan påvirke fastlegens måte å arbeide på og dermed

lage forskjeller mellom urbane og rurale strøk. Mange av resultatene viser likevel at pasientene er opptatt av generelle ferdigheter hos legene som kan være overførbare til større miljøer.

Relevans

Relevans handler om hvorvidt studien tilfører noe nytt i forhold til kunnskapen som finnes på området fra før. Dette er et område i rivende utvikling og det publiseres stadig nye artikler om kommunikasjon og lege-pasientforhold. Denne oppgaven har referert til flere studier gjort i USA og Europa hvor fokus ligger på allmennleger og deres pasienter. Det er også publisert studier på kommunikasjon i Norge, men de fleste er fokusert på sykdommer som i stor grad behandles i spesialisthelsetjenesten (35, 36). Det har vært lite fokus på allmennlegen. De kommunikative ferdighetene som kreves av leger er nok i stor grad de samme, uavhengig av sykdomsgrad hos pasienten og hvorvidt samtalen foregår på sykehus eller allmennlegekontor. De fleste pasienter og leger vil nok likevel si seg enig i at et møte med legen på fastlegekontoret er annerledes enn møte med en lege på sykehus, på grunn av allmennkonsultasjonens oppsatte timer mot «sengekant-konsultasjoner» og muligheten til å bygge relasjoner over tid. Denne oppgaven er derfor et relevant supplement til andre studier gjort på området.

Rekruttering

Under forberedelsene til datainnsamlingen var det forutsett at pasient-rekrutteringen kom til å bli den tidkrevende og utfordrende delen, da pasientene i mye større grad enn legene måtte sette av tid og gi av seg selv i intervjuer. Det viste seg derimot at det var rekruttering av leger som ble det største problemet. Det kan spekuleres i hvilke årsaker legene hadde for å si nei til deltakelse. Tromsø er en universitetsby og det drives mye forskning ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN Tromsø). Dette kan gjøre at fastlegene får flere forespørsler av denne typen enn andre fastleger i Norge.

En annen grunn til å takke nei til deltakelse kan være oppgavens målsetting. Å invitere inn en student for å observere ville være en evalueringsmulighet som flere muligens ikke ønsket. På

den andre siden ble dette uttrykket som en svært positiv bi-effekt av datainnsamlingen av en av legene som sa ja til å være med. Denne legen anså det som en god mulighet for å se på egne kommunikasjonsferdigheter, selv om observasjonen og evaluering jo kunne føles ubehagelig i starten.

Da endelig datainnsamlingen kunne starte, var det overraskende hvor mange av pasientene som faktisk ønsket å bli intervjuet. Enda flere synes det var helt i orden at konsultasjonen ble observert, i løpet av de tre første dagene med datainnsamling var det kun én pasient som ikke ønsket å ha observatøren tilstede. Dette kan tyde på at flere av pasientene anså dette som en god mulighet til å komme med sine tanker om dagens allmennhelsetilbud og ønsket en slik evaluering velkommen. I tillegg kan oppslutningen være fordi pasientene har stor tillit til sin fastlege og har lettere for å si ja når det er fastlegen som forteller om prosjektet. Mange av pasientene uttrykket at de sjeldent fikk mulighet til å komme med sine tanker om hva de ønsket av en lege og flere var også opptatt av å rose sine nåværende fastleger for alt de gjorde riktig.

Samtykke og informasjon

Legene fikk informasjon både per e-post og muntlig i god tid før datainnsamlingen begynte. Pasientene ble informert på forskjellig vis avhengig av om de skulle intervjues eller kun observeres. Før innsamlingen ble det vurdert at pasientene burde få informasjon skriftlig i god tid før sin oppsatte legetime. Begrunnelsen var at pasientene skulle vært godt informert i forkant og skulle ha fått informasjon så tidlig at de hadde anledning til å reflektere over temaet og hvorvidt de ønsket å delta. Denne tankegangen ble presentert for legene som skulle delta i studien. Mange av legene mente at dette var vanskelig å gjennomføre fordi de hadde kort ventetid og man ville ikke rekke å sende informasjon til pasientene i posten. De vurderte det som nok å gi pasientene informasjon om studien når de kom til legekantoret den dagen de skulle ha time. Det var likevel ønskelig å gi pasientene skriftlig informasjon, og ved å alliere seg med legekantorenes helsesekretærer og resepsjonister fikk pasientene utdelt informasjonsskrivet når de møtte opp på venterommet. På den måten fikk de gjennomgått informasjonen før de kom inn på legekantoret.

Det ble lagt større innsats i å informere pasientene som ble intervjuet enn dem som kun ble observert. Årsaken til dette er at intervjuene samlet data fra pasientene selv. Mangel på informasjon og usikkerhet rundt hva intervjuene skulle brukes til, kunne ført til at pasientene ikke turte å snakke like fritt. Informasjonsbrevet inneholdt også kontaktinformasjon slik at pasientene i ettertid kunne ta kontakt om det dukket opp spørsmål de ikke hadde tenkt på før intervjuet.

I de tilfellene hvor det kun ble gjort observasjoner, fikk pasientene muntlig informasjon om observasjonen i det de kom inn på legekantoret. Dette ble vurdert som tilstrekkelig siden det var legen som skulle observeres og det ikke ble gjort opptak eller datainnsamling som kunne identifisere pasienten. Begge legekantorene hadde praksis-samarbeid med et medisinsk fakultet i Norge og hadde et skilt med informasjon om mulig student-deltakelse hengende på venterommet. Legene mente at pasientene deres var innforstått med at det kunne være studenter på kantoret og mente derfor at muntlig samtykke var godt nok så lenge studenten kun skulle observere.

Gjennomføringen av informasjonsutdeling og samtykke kan sies å være en kompromissløsning. Ideelt sett hadde alle pasientene fått tilsendt skriftlig informasjon i posten flere dager før konsultasjonen, men dette var ikke mulig å gjennomføre innenfor oppgavens tidsramme. Det ble lagt stor vekt på fastlegenes syn på hvordan informasjonen kunne formidles, fordi disse legene allerede forvaltet taushetsplikten og det medisinske ansvaret for sine pasienter.

Konklusjon

Formålet med oppgaven var å undersøke hvilke kommunikasjonsferdigheter en gruppe norske allmennleger benyttet i sine konsultasjoner, samt hvordan pasientene oppfattet disse ferdighetene. Studiens resultater kan brukes av allmennleger, andre legespesialiteter og medisinstudenter som ønsker å forbedre sine ferdigheter i kommunikasjon i en eller flere faser av konsultasjonen. Det er klarlagt flere temaer innenfor hver fase og det er lagt vekt på å presentere observasjonsdataene sammen med pasientenes perspektiv på disse temaene.

Fastlegene var konsekvente i måten de arbeidet på, og brukte i stor grad de samme ferdighetene fra konsultasjon til konsultasjon. Dette kan tyde på at fastlegene har innarbeidet en bestemt måte å jobbe på, som brukes bevisst eller ubevisst i hver konsultasjon. Dette kan også bety at legene har gode muligheter for å tilegne seg nye ferdigheter om de velger å utforske disse og integrere dem i sin arbeidsmetode.

Legene nedprioriterte å sette agenda for konsultasjonen under innledningen, noe som ofte resulterte i at pasienten tok opp nye problemstillinger på slutten av konsultasjonen. Tiden som ble spart på å hoppe over agendasetting i innledningen var ikke nok til å kompensere for den ekstra tiden legen måtte bruke på de nye problemstillingene under avslutningen.

Samarbeid og mulighet for medvirkning var viktige for pasientene. Å ha en god relasjon til fastlegen var viktig for at pasientene skulle føle seg trygge, og de ønsket en lege som involverte dem i avgjørelser, forklarte sine argumenter og la til rette for at de kunne komme med sine synspunkter. Dette kan tyde på at legene kan øke pasienttilfredsheten om de velger å fokusere mer på samarbeid og pasientmedvirkning.

Kommunikasjon og forhold mellom lege og pasient er et spennende fagfelt med flere interessante publiseringer de siste årene. Denne studien tyder på at norske allmennleger kan forbedre sine ferdigheter innenfor kommunikasjon, og at dette vil kunne få positiv betydning både for deres egen arbeidshverdag og ikke minst for deres pasienter.

Takk

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere May-Lill Johansen og Eirik Hugaas Ofstad. Takk for at dere har veiledet og hatt tro på prosjektet mitt. Takk for gode råd, kritiske spørsmål, hjelp til å finne tilbake når jeg har rotet meg langt ned i et sidespor, og for at jeg har fått bruke av deres tid.

Videre vil jeg takke alle pasientene som har bidratt til denne oppgaven. Takk for at jeg har fått være med under konsultasjonene, at dere har delt deres tanker og meninger og for at dere har satt av tid til å snakke med meg.

Til slutt vil jeg takke fastlegene og helsesekretærene som har hjulpet meg under datainnsamlingen. Takk for at dere har latt meg komme inn på legekantorene for å observere, takk for at jeg har fått styre som jeg ønsket og at dere har tatt meg så godt imot. Takk for at dere har delt ut informasjonsskriv og stått på under datainnsamlingen. Dere er en fornøyelig gjeng og jeg ser frem til den dagen jeg kan kalle dere kolleger.

Referanser

1. Jensen BF. Hospital Doctor's Communication Skills - A randomized controlled trial investigating the effect of a short course and the usefulness of a patient questionnaire 2011.
2. Kongsvik LT. Lær kommunikasjon - bli en bedre lege? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014;21.
3. Helsedepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter 1997 [cited 2016 25. feb].
4. Skatvik F. Den Hippokratiske Ed Store Norske Leksikon 2015 [cited 2016 10. januar]. Available from: https://snl.no/Den_hippokratiske_ed.
5. Freidson E. The profession of medicine, A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: the University of Chicago Press; Reprinted Edition; 1988.
6. Illich I. Medical nemesis, the expropriation of health New York: Pantheon Books; 1976.
7. Beckman, Frankel. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data Annals of Internal Medicine. 2015.
8. Henbest, Stewart. Patient-centredness in the consultation, does it really make a difference? . Family Practice - Oxford Journals. 1990.
9. Schei E. Lytt Legerolle og kommunikasjon: Fagbokforlaget; 2014.
10. Gude T, Anvik T, Bærheim A, Fasmer OB, Grimstad H, Hjortdahl P, et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge Tidsskrift for Den norske legeforening 2003;nr 16.
11. Kurtz S, Silverman J. The Calgary-Cambridge Observation Guide: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communicative training programmes. Med Educ. 1996;30.
12. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed: CRC press; 2004.
13. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. London, New York: Radcliffe Publishing; 2013.
14. NRK. Fem tips som gjør legebesøket bedre 2015 [cited 2016 25. feb]. Available from: <http://www.nrk.no/livsstil/fem-tips-som-gjor-legebesoket-bedre-1.8325470>.
15. Ong, Haes D, Hoos, Lammes. Doctor-patient communication: A review of the litterature. Social Science & Medicine. 1995.
16. Bensing J, Rimondini M, Visser A. What patients want Patient Education and Counseling. 2013.
17. Macleod J. Macleod's Clinical Examination. Thirteenth ed. Edinburgh and Aberdeen: Churchill Livingstone 2013.
18. Bensing J, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Vliet Lv, Bogaert MV, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients fram lay people in the UK, Italy, Belgium and the Netherlands. Patient Education and Counseling. 2011.
19. Hjortdahl P. Er fastlegeordningen vellykket? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2004.
20. Gaardsrud P. Styringsdata for fastlegeordningen 4. kvartal 2014: Helsedirektoratet; 2014 [cited 2016 29. jan]. Available from: www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk.
21. Frich JC. Kvalitative studier. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007.
22. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2002;25.
23. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habit Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. Patient Education and Counseling 2006.
24. Roter DL. RIAsworks 2008 [cited 2016 15. jan]. Available from: <http://www.riameworks.com/>.
25. Haes d, Bensing. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. Patient Education and Counseling. 2008.
26. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic Medicine. 2001;76.

27. Anvik T. Pasientmøtet - Universitetet i Tromsø 2008. Available from: https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8yc3Ot_fKAhVFCpoKRRHaCZUQFggbMAA&url=https%3A%2F%2Fuit.no%2FContent%2F285556%2FPasientm%25F8tet%2520-%2520faser%2520m%25E5I%2520ferdigheter.doc&usg=AFQjCNHlIMkp2VP8oHpgkpoOJLqWXhKj3A&sig2=XmaNVFCqcg71J09uehWm7A&bvm=bv.114195076,d.bGs.
28. Anvik T. Lege-pasient-kommunikasjon i herskapelige omgivelser. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2001;26.
29. Malterud K. Kvalitative Metoder I Medisinsk Forskning; En Innføring. 3 ed2011.
30. Miller W, Crabtree B. Doing qualitative research SAGE publications; 1999.
31. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. 1985.
32. Giorgi A. The Descriptive Phenomenological Method in Psychology - A Modified Husserlian Approach: Duquegne University Press; 2009.
33. Malterud K. Systematic Text Condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health. 2012;40.
34. Sentralbyrå S. Folkemengde og befolkningsendringar, 1. januar 2016 2016 [19.05.16]. Available from: <https://ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=256001>.
35. Eide H, Graugaard P, Holgersen K, Finset A. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. Patient Education and Counseling. 2003.
36. Graugaard PK, Holgersen K, Eide H, Finset A. Changes in physician-patient communication from initial to return visits: a prospective study in a heamatology outpatient clinic. Patient Education and Counseling. 2005.

Appendiks 1 – Observasjonsguide

Forarbeid	Vurdering
Lese journal eller annet	
Sjekke at rommet er klart	
Hindre andre forstyrrelser	
Sykehistorie	Vurdering
La pasienten fortelle sin historie	
Ikke avbryte	
Nonverbal kommunikasjon	
Øyekontakt	
Kroppstilling	
Nikke	
Bruk av lyder	
Verbal kommunikasjon	
Åpne spørsmål	
Utdyping/omformulering/nyansering	
Bruk av pauser	
Forståelig språk	
Forklare medisinske uttrykk	
Behov for komparentopplysninger?	
Samarbeid	Vurdering
Vise omtanke for pasient/pårørende	
Legge til rette for pasienten	
Omtanke ved pinlige spørsmål	
Omtanke ved smertefulle prosedyrer	
Legitimere pas.' tanker og følelser	
Aktiv lytting	
Ikke bryte kontakt unødige	
Forståelig språk, forklare med. uttrykk	
Fange opp signaler fra pasient	
Vise forståelse, empati, innlevelse	
Legge til rette for medvirkning	
Klinisk undersøkelse	Vurdering
Avklare hvem som skal være tilstede	
Forklare undersøkelse	
Be om samtykke	
Forklare funn	
Si fra om noe kan være smertefullt	

Innledning	Vurdering
Håndhilse	
Presentere seg	
Avklare andre tilstedeværende	
Innhente samtykke	
Begrunne notat-taking	
Få frem pasientens agenda	
Har pasienten andre ting å ta opp?	

Analyse og planlegging	Vurdering
Avklare hva pasienten vet fra før av	
Forklar hva som er gjort til nå	
Gjentakelse	
Oppsummering	
Spør om noe er uklart	
Åpne spørsmål	
Lukkede spørsmål	
Svar på alle spørsmål	
Oppsummer	
Sjekk med evt. pårørende	
Rom for medvirkning	
Presenter ulike valgmuligheter	
Forslag i stedet for instruksjoner	
Oppmuntre til deltakelse	
Felles plan	
Sjekk om pasienten er enig	

Avslutning	Vurdering
Oppsummer	
Avtale neste skritt/plan	
Avtale evt. avvik fra plan	
Rom for medvirkning	
Enig i oppsummering	
Forslag til endringer	
Uavklarte spørsmål	
Se til at pasienten får assistanse	
Håndhilse	

Struktur	Vurdering
Enighet om formålet	
Et tema av gangen	
Sjekke felles forståelse	
Tydliggjøre skifte av tema	
Passe tiden	

Etterarbeid	Vurdering
Skrive journal og sikre oppfølging av pasienten	

Appendiks 2 – Intervjuguide

Kvinne/mann/annet: _____

Alder: _____

1. Hva synes du om hvordan legen kom og hentet deg på venterommet?
2. Hva synes du om kontakten deres når dere kommer inn på legens kontor?
3. Det første som skjer i en legetime er ofte at du forteller hvorfor du har bestilt legetime/hva som plager deg. Synes du legen gir deg full oppmerksomheten mens du forteller? Hvorfor/hvorfor ikke?
4. Forsto legen historien du fortalte? Hvorfor/hvorfor ikke?
5. Var det vanskelig å korrigere legen hvis du merket at han/hun misforsto deg? Hvorfor/hvorfor ikke?
6. Synes du legen din virket stresset eller hadde dårlig tid? Hvorfor/hvorfor ikke?
7. Hvordan påvirket legens stress deg?
8. Hva gjorde legen for å involvere deg i avgjørelser om behandling og planen videre? Var dette tilstrekkelig?
9. Hva sa/gjorde legen for å forberede deg på undersøkelsene?
10. Følte du deg forberedt før legen begynte å undersøke? Hvorfor/hvorfor ikke?
11. Forsto du hvorfor undersøkelsene ble gjort?
12. Hvordan vil du helst at legen din skal oppføre seg mens du forteller din historie?
13. Hvor flink er legen til å ta hensyn til din livssituasjon når han/hun råder og tilrettelegger?
14. Synes du at legen lettere kunne hjulpet om han/hun visste mer om deg? Hvorfor/hvorfor ikke?
15. Synes du det er greit å uttrykke følelser på legekantoret?
16. Har du, eller kan du se for deg i fremtiden, at du drar til legen for å prate om problemer du har i livet? Hvorfor, hvorfor ikke?

Appendiks 3 – Brev til legene

Forespørsel om deltakelse i studie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie i forbindelse med min 5.års-oppgave ved profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø.

Hva dette innebærer for deg

Jeg ønsker å se på hvordan lege og pasient snakker sammen på allmennlegekontoret. Dette innebærer at jeg vil være tilstede på ditt kontor under konsultasjonen, som ellers vil foregå på vanlig måte. Min tilstedeværelse skal, i den grad det er mulig, ignoreres og det skal ikke føre til forsinkelser eller andre ulemper for din arbeidsdag.

Etter konsultasjonen er ferdig ønsker jeg å gjennomføre et lite intervju med pasienten uten at legen er tilstede.

Personvern

Det er nødvendig at du oppgir kjønn og alder. Alle opplysninger om deg og dine pasienter vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg, dine pasienter eller ditt legekontor i oppgaven. Som medisinstudent har jeg taushetsplikt. Under konsultasjonen vil jeg ha med meg en notatblokk, all informasjon som skrives ned vil bli makulert når studien er gjennomført. Prosjektet er søkt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og har referansenummer 47451.

Inklusjonskriterier

Eneste inklusjonskriteriet for deg som lege er at du er registrert fastlege i Norge eller arbeider som fastlegevikar. Pasientene/konsultasjonene velges ut etter følgende kriterier:

- Kun ordinære konsultasjoner, ingen åpen praksis-timer eller akutt-timer
- Ingen pasienter med behov for tolk
- Ingen konsultasjoner med barn under 16 år

Med vennlig hilsen

Silje Katrine Holmegaard Hoven

Medisinstudent ved Universitetet i Tromsø

Samtykkeerklæring

Navn: _____

Legekontor: _____

Jeg ønsker å delta i studien:

(dato/signatur)

Appendiks 4 – Brev til pasientene

Deltakelse i studie i forbindelse med din legetime

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg som har legetime i dag, om å delta i en studie som omhandler hvordan legen og pasienten snakker sammen. Studien er min 5.års-oppgave ved profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer dette for deg?

Studien består av to deler. Først ønsker jeg å få lov til å observere din legetime. Det innebærer at jeg vil være tilstede på legens kontor under konsultasjonen, som ellers vil foregå på vanlig måte. Etter konsultasjonen ønsker jeg å intervju deg uten at legen er tilstede. Dette intervjuet vil skje rett etter konsultasjonen din og vare 10-15 minutter. Intervjuet tas opp på lydbånd. Hvis du ikke har tid til intervju, men likevel ønsker å svare, kan du få med deg et spørreskjema hjem som kan fylles ut og sendes til meg i posten.

Personvern

Det er nødvendig at du oppgir kjønn og alder under intervju/på spørreskjema. Jeg har ikke tilgang på andre personlige opplysninger, som din journal hos legen eller fødselsdato. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i oppgaven. Som medisinstudent har jeg taushetsplikt og kan straffeforfølges om jeg videreformidler noen av opplysningene som kommer frem i din konsultasjon med legen. Alle skriftlige notater og lydopptak vil bli destruert etter at oppgaven er ferdig. Informasjonen du gir skal ikke lagres for senere bruk.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan trekke deg fra deltakelse når som helst. Hvis du ikke ønsker å delta i studien vil du fortsatt få din oppsatte legetime.

Jeg håper du tar deg tid til å svare på spørsmålene. Ditt bidrag vil være til stor hjelp for å bedre legers ferdigheter i å kommunisere med pasienter. Hvis du har spørsmål før eller etter konsultasjonen, ta kontakt på tlf: 48 12 90 15.

Samtykkeerklæringen finner du nederst på dette brevet.

Med vennlig hilsen

Silje Katrine Holmegaard Hoven

Medisinstudent, Universitetet i Tromsø

Samtykkeerklæring

Navn: _____

Kryss av for hvilke alternativer du ønsker. Du kan velge én eller flere av følgende:

- Min konsultasjon kan observeres av legestudent
- Jeg ønsker å stille til et kort intervju etter min konsultasjon
- Jeg ønsker å få spørreskjema med meg hjem

Dato/signatur: _____

Appendiks 5 – Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlingsveie gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 37
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 371 884

May-Lill Johansen
Institutt for samfunnsmedisin UIT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Vår dato: 30.03.2016

Vår ref: 47451 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47451	<i>Hvilke kommunikative ferdigheter bruker allmennleger i ulike pasientmøter og hvordan oppfattes dette av pasientene?</i>
Behandlingsansvarlig	UIT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	May-Lill Johansen
Student	Silje Katrine Holmegaard Hoven

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@iuh.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Tromsø. Tel: +47 77 59 19 07. kjenn-uaa@hvt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, Svt, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@dsu.ut.no