

# Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket

**Per Stensland John Nessa og Edvin Schei**

*Per Stensland, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

*John Nessa, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

*Edvin Schei, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

## **Abstract**

*When the doctor uses theoretical knowledge, clinical skills, and clinical communication in a way that takes care of the patient, this may be called professionalism. The article aims to show that medical professionalism, in all specialities, may be understood and taught through the two complex concepts “leadership” and “patient-centred medicine”.*

*The article is built on a literature-search with a selection of articles based on the authors’ experience in the field.*

*Leadership is an implicit part of clinical work. The concept gives a perspective on the solution of clinical problems and gives a frame for understanding interaction in consultations and in other professional relations. The doctor personal leadership actualizes professional tutoring as part of the education.*

*Models for patient-centred medicine have emphasized the doctor’s attitudes, skills, and use of linguistic means, and they have deepened the doctor’s understanding for exploring the patient’s problem. Newer models also discuss the doctor’s actions and therapeutic actions and underscore the leader-role in series of decision-making moments in the consultation.*

*Patient-centred clinical work should be based on an understanding of the doctor as an active co-editor and co-producer of the patient’s illness narrative.*

*Professionalism, interpreted as patient-centred leadership, gives a direction for medical education that may help doctors to cope with their work.*

## **Key words:**

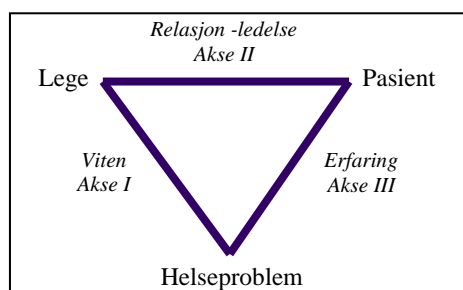
*Professionalism, leadership, patient-centred medicine, narrative medicine, shared decision-making, Profesjonalitet, lederskap, pasientsentrert medisin, narrativ medisin, pasientmedvirkning*

**FOU**

## Introduksjon

Mestring av legeyrket krever teoretisk kunnskap, tekniske ferdigheter, mellommenneskelig kompetanse og lang, veiledet erfaring. Når legen evner å integrere disse elementene slik at pasienten får hjelp på en måte som er omsorgsfull, effektiv og ressursbalansert, kan det kalles profesjonalitet (Cruess og Cruess 2006). Men hvilke ferdigheter, kunnskaper og holdninger trenger legen for å oppnå en slik mestringsevne, og hvordan bør legers utdanning legges til rette for å styrke profesjonell kompetanseutvikling? I denne artikkelen presenterer vi tankemodeller og begreper som kan bidra til å klargjøre hva mestring av lege-pasientforholdet krever av den enkelte lege, i tillegg til grunnleggende faktakunnskap om kropp, sykdom og biomedisin.

Figur 1



Figur 1 er en skjematisk fremstilling av den kliniske situasjonen, hvor en pasient søker lege for et helseproblem og legen tilbyr seg å hjelpe i kraft av sin profesjon (Figur 1).

Profesjonaliteten innebærer sterk asymmetri i situasjonen, og plasserer makt og ansvar hos legen. Mestring av yrket kjennetegnes av at legen forholder seg adekvat til en rekke utfordringer og muligheter langs de tre aksene i triangleret. I en vellykket klinisk prosess bruker legen forskningsbasert kunnskap og teknologi (når den foreligger), til å identifisere og behandle helseproblemet – Akse I. For at bruken av slik formell viten skal bli god, må legen skaffe seg en kontekstuell forståelse av problemet, personen og forutsetningene som ligger i situasjonen - Akse III. Denne forståelsen utvikles i en dialog med pasienten, og står og faller med legens evne til å klargjøre og forstå det pasienten formidler verbalt og paraverbalt (Charon 2001, Launer 2002, White 2006). Vanligvis er dette den mest sårbare delen av den kliniske prosessen, fordi diagnostikk, utredning og behandling er avhengig av at legen i samtale får forståelse av pasientens opplevelser, vurderinger og forventninger. Risikoen for utelatelser, misforståelser og overforenkling er stor. Kvaliteten på informasjonen er avhengig av relasjonen, som igjen er avhengig av hvordan pasienten fortolker legens engasjement, trygghet og kompetanse. Det er en komplisert lederoppgave – Akse II - å håndtere både differensialdiagnostiske utfordringer, pasientens perspektiv og følelser, samt egen væremåte i den kliniske samtalen, slik at en god relasjon til pasienten, en nyansert forståelse av helseproblemet og mulige løsninger kan vokse frem (akse I og III).

Vi vil i denne artikkelen vise at fenomenet *medisinsk profesjonalitet*, på tvers av spesialiteter, kan forstås og undervises ved hjelp av de to komplekse begrepene *ledelse* og *pasientsentrert medisin*. Mens pasientsentrert medisin (PSM) er godt etablert som etisk og praktisk rettesnor for klinisk arbeid, er ikke legens lederfunksjon tilsvarende innarbeidet i språkbruk og undervisning. Legearbeid innebærer imidlertid alltid en mellommenneskelig makt som både er teknisk, juridisk og symbolsk og som kommer pasienten til gode i form av styrket helse hvis legen vet å bruke sin innflytelse klokt. Å bruke makt klokt til å fremme andres beste er å være en god leder. Å ikke anvende den makt man har, eller å bruke den dårlig, er selvsagt mulig, men det plasserer legen som en dårlig leder. Ledelse og PSM utgjør et fruktbart begrepspar som tydeliggjør en uunngåelig spenning i faget, mellom et ideal om pasientautonomi på den ene siden og legen som ekspert, byråkrat og helbreder på den andre.

Grunnlaget for artikkelen er ikke-systematisk litteratursøk med et skjønnsmessig utvalg av artikler basert på forfatterens erfaring innen feltet.

## **Profesjonalitet**

Leger er helbredere som også er utøvere av en profesjon (Cruess og Cruess 1997). Profesjonsrollen er forankret i en samfunnskontrakt, en offentlig legitimering av legers kompetanse innenfor det biomedisinske teoriuniverset, i motsetning til ikke-autoriserte helbredere. Denne privilegerte rollen er under press, på grunn av økende teknifisering, misnøye med enkeltlegers yrkesutøvelse og verdimessige samfunnsendringer. Som respons på dette er medisinsk profesjonalitet introdusert som fag i medisinsk undervisning i bl.a. Canada og USA med sikte på å styrke kjennskapet til profesjonens verdigrunnlag og integreringen av fundamentale normer i egen yrkesutøvelse (Cruess og Cruess 2006). Det undervises i etisk praksis, selvrefleksiv holdning, evne til å skille mellom egne behov og pasientens, åpenhet for andres vurdering og evne til å tåle og lære av kritikk. Etiske vurderinger er sjelden eksplisitt diskutert i medisinsk praksis, men ligger implisitt i alle kliniske prosesser, fordi den andres ve og vel alltid står på spill, uten at det nødvendigvis er lett å se for legen (Heydenreich 2004, Komesaroff 1995). Standardforestillinger om hva som er til hjelp for pasienter med ulike sykdommer er vist å kunne hindre leger i å oppfatte hva den aktuelle pasienten faktisk ser som sitt problem og ønsker hjelp med (Agledal et al 2010).

At man ved mange læresteder søker å supplere legers kompetanse ved å undervise ”profesjonalitet” kan ses som et uttrykk for tradisjonelt svak vektlegging av utøvelse og refleksivitet i utdanningen.

## **Tre typer lederoppgaver**

Man kan dele medisinske problemstillinger inn i tre klasser, hver med ulike kliniske lederutfordringer (Heifetz 1994).

Kliniske problemer i klasse 1 er slike som "enkelt" kan løses av legen gjennom standardprosedyrer (urinveisinfeksjon, benbrudd, akutt hjertelungeredning). Ledelse innebærer i slike tilfeller at legen forsikrer seg om at en enkel situasjonsforståelse faktisk er tilstrekkelig, og at pasienten deler forståelsen før tiltak gjennomføres.

Klasse 2 omfatter de mange tilfeller hvor problemet kan defineres medisinsk, uten at det finnes en teknisk løsning som fjerner problemet. Legen kan peke ut retningen, men pasienten må selv utvikle og gjennomføre løsningen, for eksempel livsstilsendringer ved høy hjertekarrisiko. Her er ikke legens faktakunnskap tilstrekkelig, det kreves også profesjonell kompetanse i å hjelpe pasienten til å gjøre et nødvendig arbeid som bare pasienten kan utføre.

Klasse 3 utgjøres av situasjoner hvor det medisinske problemet er komplekst og mangetydig og tekniske løsninger mangler, som ved alvorlig kronisk sykdom, medisinsk uforklarlige tilstander, sorg, overgrep og andre kriser. Da må legen ta ansvar for å opprettholde en dialogisk prosess hvor lege og pasient sammen lærer det som er nødvendig for at pasienten til enhver tid skal kunne håndtere situasjonen slik den utvikler seg. Det kan for eksempel innebære at pasienten gis støtte til å erkjenne problemet, bli kjent med egne ressurser, og utvikle emosjonelle og praktiske strategier i pakt med livssituasjon, verdisyn og personlighet.

Felles for alle tre klasser av klinisk arbeid er behovet for å etablere en relasjon til pasienten med tilstrekkelig trygghet og klarhet for begge parter til at pasienten kan få frem sin fortelling og legen kan forstå hva som er problemet og hva slags utfordring han står overfor. I mange tilfeller vil den tekniske løsningen bare være en liten del av et godt medisinsk arbeid, også når det tekniske bidraget (billeddiagnostikk, medikament, kirurgi) er riktig valgt og utført. Med økende forekomst av kronisk og kompleks sykdom muliggjort av medisinsk-tekniske fremskritt, ser vi også et voksende behov for komplekst mellommenneskelig arbeid, ofte over år, fra legens side. I det følgende går vi inn på viktige forutsetninger for at leger kan utvikle og utøve gode former for lederskap i alle typer kliniske situasjoner.

### **Ledelse i lege-pasientforholdet**

Makt og asymmetri etableres i enhver helbredderelasjon. Pasienten gjør seg sårbar ved å erklære et behov for hjelp og gir slik legen et mandat til å utforske problemet og kontinuerlig vurdere hva som bør sies og gjøres, eller ikke sies og ikke gjøres, til pasientens beste. Ved å ta imot pasienten og tilliten, erklærer (eng. *professes*) legen seg som hjelper, en som kan forstå og handle der hvor pasienten selv ikke kan. Medisinsk praksis innebærer alltid tillit, makt og handlingsrom for legen. Det legen gjør med og for pasienten er derfor alltid også ledelse, selv når det er svært teknisk og fagspesifikt. Av denne grunn bør begrepet ledelse innarbeides i all legeutdanning, slik at den enkelte kan bli seg bevisst dette utfordrende og personlige aspektet ved faget, og utvikle gode lederferdigheter i alt samspill med pasienter og pårørende (Måseide 1991, Schei 2006).

Begrepet "leder" er mangeetydig og kan forstås autoritært. Når vi fremhever lederskap som implisitt i legeyrket er det viktig å klargjøre at det ikke er en tilbakevending til paternalistiske forestillinger om at legen vet bedre enn pasienten hva som er til pasientens beste. Vi forutsetter tvert om at lederskapet utøves som en vedvarende bestrebelse på å forstå den enkelte pasients perspektiv og opplevde problem, og finne de beste mål og midler for den medisinske hjelpen. Ofte vil legens makt og lederskap være nødvendig for å bygge opp pasientens autonomi – mot uvitenhet, selvforakt eller destruktive reaksjoner på sykdom og tap. Vi bygger på en teoritradisjon som ser lederskap grunnleggende som "en kooperativ, kulturelt situert funksjon som kommer til syne i evnen til å se og skape struktur i komplekse sosiale prosesser, spesielt i kriser hvor mening og orden truer med å kollapse" (Heifetz 1994, Barker 1997).

## **Symbolske aspekter ved lederskap**

Effektforskning på psykoterapi har vist at pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor av en engasjert og lojal terapeut har sterk og selvstendig terapeutisk virkning. Effekten av den terapeutiske alliansen, hvor pasienten tolker legen som engasjert, varm og lojal, er i en rekke studier vist å være større enn den spesifikke effekten av terapeutiske teknikker (Wampold 2001). Slike uspesifikke terapeuteffekter er beslektet med placeboeffekten, som her bedre kan kalles "meningsrespons" (Moerman 2002). Det er dokumentert at en positiv kognitiv og emosjonell fortolkning av et medisinsk tiltak, legemiddel eller gjenstand kan ha fysiologiske virkninger, særlig godt dokumentert på smerte, stresshormoner og immunfunksjon. Samlet tilsier denne forskningen at legers opptreden, væremåte og troverdighet i pasientrelasjoner kan og bør brukes bevisst for å motivere og påvirke pasienter til å se og bruke sine muligheter. Sosialantropologen Tian Sørhaug viser at ledere blir identifisert med organisasjonen de representerer (Sørhaug 1996). Slike ubevisste fortolkninger av lederfunksjonen vil neppe ha mindre betydning i helsetjenesten, der liv og helse kan stå på spill. Legen vil ofte oppfattes som en personifisering av helsevesenets teknologiske kraft og evne til å helbrede.

## **Legen som person**

Å kommunisere er å skape forståelse. Da allmennmedisinprofessoren Julian Tudor Hart ble spurt om hva som måtte til for å kommunisere skikkelig med pasienten svarte han at det ikke handlet om kommunikative ferdigheter, men om evnen til å finne noe å like hos alle slags pasienter (Hart 2002). Harts budskap var at evnen til å like alle slags pasienter var en egenskap en kunne og burde lære. Å lære dette er også å bli seg bevisst hvordan en selv fungerer i samhandling med andre. Kommunikasjonsundervisning tar sikte på å gi legen basale ferdigheter i å hjelpe frem pasientens budskap ved å strukturere samtalen og fremstå tillitvekkende. Men klinisk samhandling utfordrer sider ved legens person som et kommunikasjonskurs bare kan antyde. Menneskets tendens til selvhenføring (ego bias), fordommer og feiltolkninger vil alle i forskjellig grad trekke med seg inn i

konsultasjonsrommet og sette grenser for vår forståelse av pasientens problem (May 1989). Selvhenføring innebærer også svekket forståelse av egen funksjon i rollen som lege, av egen feilbarlighet og sårbarhet, samt hemmet evne til fordomsfri og nysgjerrig interesse for pasienten som en genuint annerledes person som kan tilføre meg ny innsikt. Profesjonalitet i en hjelperrolle forutsetter derfor selvransakelse og læring, noe som med fordel kan skje i veiledningsrelasjoner eller kollegagrupper.

Empatibegrepet brukes ofte i misforstått betydning om en vennlig og mild holdning. Det sentrale i empati er ikke mildhet, men evne til å fornemme hva den andre føler og å formidle dette (Vetlesen og Nortvedt 1996, Pedersen 2010). Å kunne erkjenne og reflektere over egne følelser og reaksjoner i en dialog mens den pågår åpner for målbevisst improvisasjon. Interesse for egne og andres følelser er sentrale elementer i begrepene mentalisering og anerkjennelse (Skårderud 2008, Løvlie Schibbye 1996). Mentalisering kan beskrives som å forstå den andre innenfra og seg selv utenfra. Anerkjennelse er et parallelt terapeutisk begrep hvor "avgrensing" er sentralt – at man ved affektiv inntoning bevarer syn for den andres forskjellighet, slik at pasienten kan hjelpes til et utenfra-syn på seg selv.

Legen utvikler empati ved å oppøve sin fornemmelse av hva som står på spill for pasienten (Vetlesen 2001). Når den gamle mannen med hjertesvikt etter en undersøkelse sier: "Du vet, dette går vel ikke så bra i lengden...", har legen mulighet til å velge om han vil høre eller om han vil overhøre at dette utsagnet inviterer til en annen type samtale enn den de har hatt om medikamenter og bivirkninger, og åpne for å bistå i pasientens forberedelse til døden.

Leger kan, tross ulike forutsetninger og interesser, over tid oppøve sin evne til å kommunisere med pasienter og forstå den enkeltes perspektiv (Aspegren 1999). I psykologi og sosialfag er selvrefleksjon et vesentlig element i profesjonaliseringen, og profesjonell veiledning i kliniske situasjoner er obligatorisk. Det samme bør gjelde i medisinen, hvor lederfunksjonen er svært kompleks og hvor makten kan innebære at kliniske situasjoner utilsiktet omdefineres eller forenkles slik at de passer til legers kompetanse, usikkerhet eller fordommer. Det kan skje ved at man fokuserer på MR-bilder eller cellegiftdosering, ikke på pasientens forestående død - på "tingen" og ikke på dens betydning. Det er nødvendig å gi studenter og unge leger god individuell veiledning på egen yrkesutøvelse og pasientkontakt dersom pasientsentrert medisin skal bli mer enn et slagord (Aasland 2006).

### **Pasientsentrert medisin**

Selv om liknende ideer var lansert tidligere (Rogers 1956, Tuckett et al 1985), er det kanadiere McWhinney som har gitt kraft til begrepet pasientsentrert medisin (PSM) (McWhinney 1997). McWhinney klargjorde at legen i den kliniske samtalen må legge vekt både på pasientens subjektive fortelling i lys av hans livshistorie og på de objektive medisinske funn. Grunnlaget for tilnærmingen knyttet han til den biopsykososiale modell (Engel 1977).

I Norge utviklet Malterud nøkkelspørsmål som språklige verktøy for å invitere pasienten til å dele følelser og erfaringer med legen (Malterud 1994). Schei og medarbeidere presenterte en pedagogisk fasemodell som hører hjemme i denne tradisjonen (Schei et al 2000).

Fasemodellene gir et kart over konsultasjonsforløp slik at studenten kan "vite hvor han er" underveis. En alternativ tilnærming med sikte på å øke legens oppmerksomhet på pasientens bidrag i den kliniske samtalen er lansert under navnet "Fire gode vaner" (Guldbrandsen 2008, Guldbrandesen et al 2009).

Jonathan Silverman og medarbeidere i Cambridge har et annet perspektiv, men et tilsvarende budskap (Silvermann et al 2005): Holdningsendring og teoretisk forståelse hos studenten anses som et utilstrekkelig virkemiddel for å frembringe endring av atferd. Læreren må la studenten øve opp *ferdigheter* som empirisk har vist seg effektive i den kliniske hverdag, studenten må få en opplevelse av hvordan hans atferd virker på pasienten. Ferdighet er her et vidt begrep som rommer *innholdsferdigheter* (hva lege og pasient snakker om, faget medisin), *prosessferdigheter* (hvordan lege og pasient snakker sammen), og *perseptuelle ferdigheter* (hva legen sanser, føler og tenker under samtalen). Dette ferdighetsfokus har møtt kritikk for å representere en listepreget og reduksjonistisk tilnærming til kommunikasjon. Silverman understreker at brukerne av modellen må ta ansvar for å tilpasse den på en improviserende måte (Silvermann 2007).

Pedagogikken knyttet til pasientsentrert klinisk metode har tradisjonelt lagt mer vekt på hvordan legen kan sondere og forstå pasientens forståelse av problemet og formål med legesøkningen enn på handling og terapeutiske tiltak (Meland et al 2000, Stewart 2003). Elwyn og medarbeidere har videreutviklet PSM rundt begrepet "shared decision-making" (pasientmedvirkning) der de vektlegger å avklare tiltakspreferanser, informere og avveie risiko mot fordeler, tydeliggjøre medisinsk tilråding og støtte pasientens valg (Edwards og Elwyn 2009). Konsultasjonen ses som en serie beslutningsprosesser hvor legen må bruke sitt lederskap til å ivareta pasientens autonomi i valg av problemforståelse, drøfting av valgmuligheter basert på reell informasjon, og søking etter konsensus mellom lege og pasient. Å tydeliggjøre valgsituasjonene ses som et nøkkelpunkt i forskyving av makt og ansvar til pasienten. Pasienters lyst og evne til å delta i utrednings- og behandlingsbeslutninger er svært ulik, noe legen må klarlegge hver gang. En slik utviding av PSM- tilnærmingen understreker ikke bare pasientsentrering, men også legens faglige lederskap i samtalen (Walseth og Schei 2010).

Studier tyder på at en pasientsentrert konsultasjonsstil kan bedre pasienttilfredshet og behandlingsgjennomføring, samt redusere tallet på prøver og henvisninger (Stewart 2003). Dokumentasjonen av behandlingseffekter ved PSM er motstridende (Kinmoth et al 1998), men studier av konsultasjoner som er preget av pasientmedvirkning (shared decision-making) tyder på at pasientsentrert konsultasjonsstil gir bedre kvalitet av helsetjenester, økt tilfredshet med tjenestene både hos pasient og behandler, samt ivaretar pasientens selvfølelse og autonomi (Crawford et al 2002, Lewin et al 2003).

Et potensielt problem ved å omdanne PSM fra teoretiske modeller til praktisk verktøy er at det kan oppstå en villedende metodetroskap med økende vekt på instrumentelle kommunikasjonsferdigheter, som graden av øyekontakt, sittemåte, antall minutter opptatt med journal eller datamaskin, eller gjennomgang av sjekklister i konsultasjonen. Hvis dette skjer, har man forvekslet middel og mål. Kommunikasjonsferdigheter er ikke mål i seg selv, men verktøy som man må lære å anvende fleksibelt og selvkritisk mens man holder for øye at målet er å skape en god løsning for en unik pasient i en unik situasjon (Walseth og Schei 2010).

### **Samtalen om sykdomsfortellingen**

Den personlige fortellingen om sykdom uttrykker pasientens erfaring og kunnskap samtidig som den presenterer pasienten og hans situasjon. Sykdomsfortellinger er ikke entydige, de produseres i møte mellom lege og pasient slik at én av flere mulige versjoner av historien blir presentert. Dialogformen gjør at man ser og hører seg selv gjennom ørene og øynene til «den andre». Å høre seg selv fortelle til en oppmerksomt nærværende lege kan bidra til å klargjøre egen situasjon og uerkjente muligheter (Launer 2002). En metasamtale, dvs. en samtale om samtals innhold eller form, kan få fram andre versjoner av sykdomsfortellingen med større vekt på personlig mestring og tilpasning (Charon 2001, White 2006, Pennebaker 2000, Andersen 1994). Utforskning av pasientens valgmuligheter i håndtering av sykdom forutsetter at alternativer holdes åpne i samtalen. Lege-pasientforholdets asymmetri innebærer at legen, fordi han alltid utøver ledelse i kraft av sin rolle, utilsiktet kan hindre slike personlige handlingsalternativer i å komme fram. Tidlige spørsmål eller tiltaksforslag kan hindre at fakta om sykdom, situasjon og ressurser blir kjent.

I samhandlingen mellom pasient og lege blir legen medprodusent og medredaktør av fortellingen, og påvirker hvordan pasienten ser på seg selv og sin rolle. Gjennom engasjement og varme, ved å yte fortellingen motstand ved å introdusere et profesjonelt eksternt perspektiv på et medisinsk problem, kan legens ledelse innebære at dialogen blir utforskende og kreativ, slik at det oppstår ny innsikt i problem, person og situasjon (Balint 1964). Slik styrkes grunnlaget for kliniske beslutninger, det være seg laboratoriediagnostikk, kirurgi, psykoterapi, sykmelding eller medikamentforordning.

### **Utfordringen**

Det er kunnskapsmessig og personlig utfordrende å praktisere legevirksomhet basert på et tredelt fundament av teoretisk kunnskap, tekniske ferdigheter og mellommenneskelig kompetanse. Tilsvarende er det krevende å gi studenter og unge leger faglig identitet og en holdning til kunnskap som er trygg for dem selv og pasientene. Vi har argumentert for at profesjonalitet tolket som pasientsentrert ledelse gir en retning for legers grunn- og videreutdanning som kan hjelpe leger til å mestre yrket.



## Litteratur

- Agledal KM, Førde R, Wifstad Å (2010). Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Med Health Care and Philos*, 3:107-13.
- Andersen T (1994). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Aspegren K (1999). Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach*, 21: 563–70.
- Balint M (1964). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical.
- Barker RA (1997). How can we train leaders if we do not know what leadership is? *Human Relations*, 50(4):343-63.
- Charon R (2001). Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*, 286: 1897-1902.
- Crawford M, Rutter D, Manley C., et al (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325:1263-6.
- Cruess SR, Cruess RL (1997). Professionalism must be taught. *BMJ*, 315:1674-7.
- Cruess RL, Cruess SR (2006). Teaching professionalism: General principles. *Medical Teacher*, 28:205-8.
- Edwards A, Elwyn G (2009). *Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129 – 36.
- Guldbrandsen P (2008). God kommunikasjon – også for legenes skyld. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128; 2840-2.
- Guldbrandsen P, Jensen BF, Finset A (2009). Endring i mestringstillegg hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 129: 2343-6.
- Hart JT. Personlig meddelelse, 2002.
- Heifetz RA (1994). *Leadership without easy answers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heydenreich KS (2004). Hva leger ser og ikke ser – moralsk persepsjon i lege-pasientforholdet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124:369-72.
- Kinmonth A, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell M (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ*, 317: 1202 – 8.
- Komesaroff PA (1995). From bioethics to microethics: ethical debate and clinical medicine. In: Komesaroff PA, ed. *Troubled bodies. Critical perspectives on postmodernism, medical ethics, and the body*. Durham: Duke University Press, :62-86.
- Launer J (2002). *Narrative-based Primary Care. A practical guide*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Lewin S, Skea Z, Entwistle W., et al (2003). Effects of interventions to promote a patient centred approach in clinical consultations. *Cochrane review*, 2.

- Løvlie Schibbye A-L (1996). Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33; 530-7.
- May R (1989). *The art of counselling*. Gardner Press: New York.
- Malterud K (1994). Key questions — A strategy for modifying clinical communication Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care*,12:121-7.
- McWhinney IR, ed (1997). *A textbook of family medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Meland E, Schei E, Bærheim A (2000). Pasientsentrert medisin - en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*,120: 2253-6.
- Moerman DE (2002). *Meaning, Medicine, and the "Placebo Effect"*. Cambridge: Cambridge University press.
- Måseide P (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociol Health Illn*, 13:545-61.
- Pedersen R (2010). *Empathy in medicine, A philosophical hermeneutic reflection*. PhD-avhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Pennebaker JW (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Literature and Medicine*, 19, 3-19.
- Rogers C (1956). Becoming a person. *Pastoral Psychology*, 7: 9-13.
- Schei E, Meland E, Bærheim A (2000). Klinisk kommunikasjon - et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120: 2258-62.
- Schei E (2006). Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspect Biol Med*, 49: 393 - 406.
- Silvermann J, Kurtz S, Draper J (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford, Radcliffe.
- Silverman J (2007). The Calgary-Cambridge guides: the 'teenage years'. *Clinical Teacher*, 4(2):87-93.
- Skårderud F, Sommerfeldt B (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128:1066-9.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney I, McWilliam CL, Freeman TR (2003). *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe.
- Sørhaug T (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985). *Meetings between experts*. London: Tavistock Publications.
- Vetlesen AJ, Nortvedt P (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam.
- Vetlesen AJ (2001). Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121: 1118-21.
- Walseth, L. T. & Schei, E. (2010). Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*.
- Wampold BE (2001). *The great psychotherapy debate*. London; Lawrence Erlbaum Associates.
- White M (2006). *Narrativ Praksis*. København: Hans Reizels Forlag.
- Aasland OG (2006). Legerollen – fra pidedestall til skammel. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126: 61–2.