

André Vågan, Olaf Aasland

Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen

Michael 2011;8: 317–28

Universitetet i Oslo innførte i 1996 en ny studiemodell ved sin medisinstudium (Oslo96) hvor blant annet klinisk kommunikasjonsundervisning står sentralt. Tidligere evalueringer av selvrapporterte kommunikasjonsferdigheter viser ingen signifikante forskjeller mellom leger uteksaminert fra ny og gammel studiemodell. Denne undersøkelsen er basert på intervju med ti leger fra gammel studiemodell og ti leger fra ny studiemodell hvor vi ønsket å belyse legenes forståelse av klinisk kommunikasjon. De fleste legene fra begge studiemodeller formidlet en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, mens noen leger formidlet en legesentrert forståelse av kommunikasjon. Forskjellene mellom disse gruppene handler mer om enkeltpersoners holdninger, oppfatninger og erfaringer med kommunikasjonsundervisningen, enn hvilken studiemodell de fulgte. Kommunikasjonsundervisningen for leger utdannet både før og etter Oslo96 ser ut til å ha betydning for hvordan man oppfatter og forstår klinisk kommunikasjon etter flere år i arbeidslivet. En viktig forutsetning synes å være opplevd utbytte av kommunikasjonsundervisningen i medisinstudiet.

I 1996 innførte Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo en ny studiemodell kjent som Oslo96. Den gamle studiemodellen som delte inn studiet i en preklinisk og en klinisk fase, ble erstattet av en såkalt fagintegret modell, med økt studentaktivitet og mer faglig integrering, pasientkontakt og pasientkommunikasjon (1). Målsetningen var at studenter i større grad skulle aktiveres og ta ansvar for egen læring og at fagintegrasjon både skulle jevne ut skillet mellom basalfag og klinikk og gi mer og tidligere pasientkontakt. Pasientkontakt og pasientkommunikasjon skulle undervises igjennom hele medisinstudiet, ikke bare i en forholdsvis kort periode. De første «reformstudentene» ble uteksaminert i 2002. En evaluering av langtidsef-

ferkter av studiemodellene ble igangsatt av fakultetet i 2003 (2) og vår artikkel inngår som en del av dette evalueringsarbeidet.

En antagelse som ble fremsatt før evalueringen, var at studentene i ny ordning vil mestre pasientkommunikasjon bedre enn studentene i gammel ordning (2). En undersøkelse basert på kvantitative data fra leger som ble uteksaminert før og etter Oslo96, og som noen år tidligere hadde fullført turnustjeneste, viste imidlertid ingen studiemodelleffekt på selvrapportert ferdighetsnivå i kommunikasjon (3). Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som viser at selv om studenter fra integrerte studiemodeller (Oslo, Tromsø og Trondheim) rapporterte et høyere ferdighetsnivå enn studenter fra Universitet i Bergen (4), ble slike forskjeller utvisket i løpet av turnustiden (5, 6).

En årsak til dette kan være at leger har forskjellige oppfatninger av begrepene kommunikasjonskompetanse og klinisk kommunikasjon. Kvalitative undersøkelser (7, 8) har vist at studenter som har hatt mye kommunikasjonsundervisning i større grad formidler en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, med vekt på pasienttilfredshet, etterlevelse og helse. Studenter fra en tradisjonell studiemodell uten kommunikasjonstrening, er mer opptatt av å kunne ta opp en god biomedisinsk sykehistorie samt å gi pasienter og andre relevant informasjon. De reflekterer i mindre grad over hvordan kommunikasjon mellom lege og pasient kan påvirke tilfredshet, etterlevelse og helse, og forankrer oftere egne kommunikasjonsferdigheter i personlige egenskaper.

Manglende forskjeller i oppgitt ferdighetsnivå kan altså tildekke ulik forståelse av hva klinisk kommunikasjon er. Vi ønsket derfor å se på hvordan leger uteksaminert før og etter Oslo96 begrepsfestet klinisk kommunikasjon. For å belyse dette ble det gjennomført intervju, noe også tidligere undersøkelser har benyttet seg av (7, 8).

Vi skiller i vår analyse mellom pasientsentrert og legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. Selv om disse begrepene ikke er teoretisk eller empirisk entydige, er de basert på dimensjoner som finnes i sentral litteratur og som var og er sentrale i kommunikasjonsundervisningen før og etter Oslo96 (9-13).

En dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon handler om viktigheten av å få frem pasientens eget perspektiv på egne problemer (i tillegg til biomedisinsk informasjon). Det betyr informasjon om pasientens tanker og ideer om årsaken til ulike problemer, bekymringer knyttet til hva symptomer kan innebære og hvordan sykdom kan påvirke hverdagen, og forventninger til hva legen kan gjøre for å løse problemene. Legesentrert kommunikasjon er mer rettet mot å få frem og forstå relevant biomedisinsk

informasjon. Informasjon om pasienters egne tanker og ideer er ikke irrelevant, men anses ikke som en del av forståelsen og praktiseringen av klinisk kommunikasjon.

En annen dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon handler om at lege og pasient søker å komme frem til en felles forståelse av pasientens problem og av en behandling som er i tråd med pasientens verdier. Dette innebærer at man i større grad gir rom for og oppmuntrer pasienten til å formidle egne behov og preferanser. Ifølge Byrne & Long (9), som introduserte denne dimensjonen, skiller pasientsentrert kommunikasjon seg fra legesentrert kommunikasjon blant annet ved at førstnevnte i mindre grad vektlegger kontroll og styring av kommunikasjon (ved for eksempel å stille direkte og lukkede spørsmål). Den vektlegger også i større grad involvering av pasienten i diskusjonen om behandlingen.

En tredje dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon er selve relasjonen mellom lege og pasient. I pasientsentrert medisin og kommunikasjon spiller relasjonelle aspekt en viktig rolle, både for å kunne få god kontakt med pasienten, gjøre at pasienten føler seg sett og hørt, for å etablere tillit, for å kunne utføre andre oppgaver (for eksempel samle relevant informasjon), men også fordi det i seg selv kan ha positiv terapeutisk effekt.

Kommunikasjonsundervisning

Legene som begynte på medisinstudiet ett eller to år før omleggingen i 1996, hadde sin kommunikasjonsundervisning i 8. termin; siste termin i 1. avdeling, og i 9. og 10. termin, og besto av forelesninger og gruppebasert undervisning. Formålet var med utgangspunkt i lege-pasientforholdet å gi teoretisk informasjon og praktisk trening i kommunikasjonsferdigheter. Forelesningene handlet i hovedsak om kjennetegn ved god klinisk kommunikasjon og om effekten av kommunikasjon på pasienttilfredshet, etterlevelse og helse. I gruppeundervisningen ble det i 8. termin gjort bruk av rollespill, og studentene hadde en hel uke med kommunikasjonsundervisning på sykehus. Denne undervisningen besto av demonstrasjoner hvor studenter observerte kommunikasjon mellom lege/lærer og pasient. Studenter intervjuet også pasienter selv etterfulgt av tilbakemeldinger og diskusjon. Omtrent halvparten av undervisningen foregikk i 8. termin. Undervisningen i 9. og 10. termin foregikk også på sykehus og besto av intervjutrening med innlagte pasienter og diskusjon i etterkant. Undervisningen hadde et samlet omfang på 42 timer; 3 timer hver gang av i alt 14 med samme lærer. Forelesninger kom i tillegg til dette (Arnstein Finset, personlig meddelelse).

I forbindelse med Oslo96 ble undervisningen betydelig omlagt. I den nye modellen begynner kommunikasjonsundervisningen allerede i starten

av studiet (1. og 2. semester) og fortsetter gjennom hele studiet. Dette er ment å skulle legge til rette for progresjon i vanskelighetsgrad, og i økende grad gi tilbakemelding til studentene i forbindelse med flere kliniske fag (9). I 1. semester består undervisningen av forelesninger, kommunikasjonskurs/seminarer med bruk av rollespill og video og pasientkontakt hvor studenter øver på noen kommunikasjonsferdigheter med pasienter på legekontor. I 2. semester har studentene 1-2 møter og samtaler med pasienter med kronisk sykdom. Hensikten med denne tidlige undervisningen er at studentene skal begynne å utvikle grunnferdigheter i kommunikasjon med pasienter, samt utvikle sentrale kunnskaper og holdninger til kommunikasjon og pasientorientert klinisk virksomhet. 4. semesters undervisning består av forelesning og kommunikasjonstreningssesjoner i smågrupper hvor studentene intervjuer en pasient én gang og får tilbakemeldinger. Her er det sentralt å fange opp og forholde seg til pasienters følelser og følelsesmessige uttrykk. I 5. og 6. semester får studentene praktisk trening i mer avanserte kommunikasjonsferdigheter hvor tilbakemeldinger til studenter fra lærere og andre studenter utgjør en sentral del. Treningen er rettet inn mot kliniske temaer og er integrert med annen klinisk ferdighetstrening. I 11. og 12. semester gis det praktiske øvelser (i grupper) i hvordan dårlige nyheter kan formidles til pasienter. Undervisningen gir studentene praktisk trening i å håndtere vanskelig klinisk kommunikasjon med simulerte pasienter (skuespillere). Undervisningen har et samlet omfang på 57 timer (14). Etter reformen har kommunikasjonsundervisningen vært, og er ennå, under kontinuerlig evaluering. Flere forbedringstiltak er satt i verk i de senere år.

Materiale og metode

381 leger som hadde fullført gammel og ny studieordning ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og som begynte studiet i 1994/1995 og i 1997/1998, ble kontaktet pr. post med prosjektinformasjon og forespørsel om deltakelse og informert samtykke. 37 leger sa seg i utgangspunktet villige til å delta, under forutsetning av at intervjuet ble foretatt på deres arbeidssted. Blant annet fordi legenes arbeidssted var svært spredte geografisk, ble antall intervju begrenset til 27. Ti av disse 27 intervjuene ble gjort med leger fra ny studiemodell og 17 ble gjort med leger fra gammel studiemodell. For å ha likt antall intervjuer med leger fra begge studiemodeller ble ti intervju med leger fra gammel modell tilfeldig utvalgt. Artikkelen er altså basert på 20 intervjuer, hvorav ti med leger utdannet før Oslo96 og ti med leger utdannet etter. Intervjuene foregikk på legenes arbeidssted, med unntak av to hjemmeintervju. Intervjuguiden besto av spørsmål om utdannings-, og arbeidserfaringer gjort etter grunnutdanning, innhold og grad

av pasientkontakt i nåværende arbeid, egen pasientkommunikasjon, klinisk kommunikasjon generelt og tilfredshet med kommunikasjonsundervisning på medisinstudiet.

Intervjuene varte fra 45 til 60 minutter og ble tatt opp på lydfil, med påfølgende transkribering og analyse. En tilpasset kvalitativ temaanalyse, slik den er beskrevet av Braun & Clarke (15), ble brukt som analysemetode. Alle 20 leger leste gjennom bearbeidelsen av sine intervjuer og bekreftet at de kjente seg igjen i analysen. Alle navn som er oppgitt i resultatene er fiktive, men kjønn og arbeidssituasjon er ikke endret.

Resultater

Pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon

De fleste av legene, både fra før og etter Oslo96 (14 av 20, hvorav åtte fra ny og seks fra gammel studiemodell), formidlet en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. For eksempel vektla de ulike sider ved pasientperspektivet samtidig som de viste til spesifikke kommunikasjonsferdigheter for å samle inn slik informasjon.

Kari (etter96), som er under spesialisering i allmennmedisin, sa for eksempel at å kunne strukturere en konsultasjon i faser er viktig for å være effektiv og for å få frem god og relevant informasjon.

«Å la pasienten prate så og så lenge alene først, ikke sant, før du avbryter. Det er god tidsbruk, selv om det føles ineffektivt å sitte og høre på pasienten prate uten å avbryte. Du får bedre informasjon, så du heller tjener tid på det.»

Unni (før96), spesialist i allmennmedisin, viste også til viktigheten av å stille åpne spørsmål innledningsvis for å få mest mulig informasjon om pasientens problem og bekymringer:

«Jeg er opptatt av å finne ut hva bekymringene til pasienten er når de kommer til meg. Det trenger ikke å være en diagnose de kommer med heller. Det kan være en bekymring for et eller annet. Med bare å fortelle litt om hvordan kroppen fungerer er nok til å berolige folk. Da kan jeg på en måte hjelpe folk med en gang. I stedet for at man aldri kommer frem til bekymringen før det har gått 5 konsultasjoner.»

Lise (etter96), stipendiat med erfaring fra allmennpraksis, understreket betydningen av å forstå pasientens problem, men også å kunne komme til en enighet og en felles forståelse av aktuell behandling:

«Det er viktig at du klarer å fange opp hva de er urolig for eller hva de tenker på. Det kan ofte være noe helt annet enn det du er urolig for. De kan jo ha veldig andre oppfatninger av ting... Det hjelper de hvis du fanger det opp. At du ikke bare kjører ditt legeståsted, og så er de like kloke når de går derfra. «Legen sa jeg skulle gjøre det, men jeg vet ikke hvorfor». Da har du ikke klart å integrere pasientperspektivet.»

Flere understreket betydningen av relasjonelle og terapeutiske sider ved pasientkommunikasjonen og pasientbehandling, både for å få tilfredse pasienter, etablere tillit, få pasienten til å føle seg hørt, trygg og ivaretatt, men også som et mål i seg selv for å bidra til bedre helse.

Tore (etter96), under spesialisering i generell kirurgi, sa at han har fått flere tilbakemeldinger fra tilfredse pasienter han har møtt på poliklinikk, visitt og i mottak. Som noen pasienter skal ha sagt:

«Endelig er det noen som har tatt seg tid til å sette seg ned og prate med dem og høre. Pasientene formidler at de blir tatt seriøst ... Og det med at de føler seg trygge og ivaretatt. Det har jeg fått høre fra flere. Og det er kanskje litt det at man lytter med empatiske ører, at man prøver å få med seg hvorfor pasienten er der og deres bekymringer... Uten at man har gjort noe som helst annet enn å snakke med en pasient, så føler de seg mye bedre. Selv om de har en alvorlig sykdom.»

Relasjonelle aspekter kom også til uttrykk i beskrivelser av den overordnede hensikten med klinisk kommunikasjon. Tone (før96), under spesialisering i psykiatri og allmenntillegisin, fremhevet tillitsetablering som grunnleggende:

«Det viktigste er egentlig at du bygger tillit da, at de (pasientene) tør å tømme seg til meg. De sitter jo ofte med veldig mange problemer som er vanskelig å snakke om... I det du ikke har tillit så får du heller ikke vite det du trenger å vite for å hjelpe pasienten.»

Legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon

Noen leger (seks av 20, hvorav fire fra gammel og to fra ny studiemodell) formidlet en mer legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. Det biomedisinske perspektivet var mest fremtredende i beskrivelsene av formålet med klinisk kommunikasjon. Oppmerksomheten i pasientkommunikasjonen var i stor grad rettet mot somatiske tegn og symptomer. Det viktigste formålet var å samle informasjon for å få et klart mulig hendelsesforløp til de problemene pasienten presenterer, hvor ofte plagene hadde

vært tilstede, hvor intense plagene var, når plagene først oppsto, i hvilke sammenhenger plagene oppsto, og så videre (13). Klinisk kommunikasjon ble primært formidlet som måter å få relevant biomedisinsk informasjon og måter å gi informasjon på en mest mulig forståelig måte. Disse legene snakket også i mindre grad om spesifikke kommunikasjonsferdigheter og hensikten med disse.

Den legesentrerte forståelsen eksemplifiseres av Lisbeth (før96), under allmennmedisinsk spesialisering, som beskrev forløpet i en vanlig konsultasjon. Hun sa hun alltid begynner dagen med å forberede seg for hver pasient ved å lese journal, gjøre seg kjent med sykehistorien, gå gjennom medisinske liste og laboratorieundersøkelser. Så tar hun:

«... utgangspunkt i stikkordene som står i timeboken. Jeg føler jeg gjør mye av arbeidet der, ved å forberede meg godt. Jeg hilser på pasienten, hun/han setter seg ned, får henge av seg, så sier jeg kanskje noe om at «Ja, det står noen ord om det.» Så prøver jeg å styre samtalen... Ut i fra symptom så har jeg jo mange spørsmål ofte ... Jeg styrer nok mye.»

Are (etter96) som er under generell indremedisinsk spesialisering ga en lignende beskrivelse av et vanlig forløp i en poliklinisk konsultasjon med en pasient med brystmerter:

«Man lar pasienten snakke åpent først, og fortelle hva som er problemet. Og det er jo litt forskjellig da hvor lenge man lar pasienten snakke. Man må jo ofte spørre mye underveis. Så da har man en sånn smørbrøddliste i hodet som man går gjennom da av ting i forhold til brystmerter; av smertens karakter, hvor lenge de har vært, når de begynte, hvor ofte, og alt sånn der, hvilke andre plager kommer samtidig, og risikofaktorer da, overvekt, røyking, og så videre...»

Legenes beskrivelser tyder altså på at pasientperspektivet og forhandlingsaspektet i liten grad er integrert i kommunikasjonsbegrepet. Dette kom for eksempel til uttrykk gjennom redegjørelser for hva legene la i pasientperspektivet, og på hvilken måte dette gjorde seg gjeldende. Lisbeths oppfatning av pasientperspektivet ble knyttet til det å spørre pasienten hvorfor han eller hun har kommet til legen:

«Jeg spør ofte «hvorfor kommer du?» Skjønner du hva jeg mener? Eller «hva ønsker du?» Det spør jeg om relativt ofte, tror jeg. Jeg prøver på en eller annen måte og få en oppfatning av hvorfor de kommer. I det ligger jo også å få bli hørt om bekymringer da.»

Marianne (etter96), under spesialisering i gynekologi, formidlet en annen forståelse av pasientperspektivet. For henne handlet pasientperspektivet mer om viktige psykososiale aspekt som hun må ta med i betraktning i forhold til spesifikke pasientgrupper enn som en del av kommunikasjonsbegrepet:

«Ja, det er klart at det psykososiale er jo veldig viktig for oss også, særlig når vi står ovenfor problemstillinger hvor vi ikke helt finner noe klar årsak. Vi har jo kronikere, magesmerter eller sårne ting. Eller dette med fødsler igjen da... Vi må også ta hensyn til barnet, så er vi jo obs på sosiale ting, rusmisbruk. Om hun er i stand til å ta seg av et barn. Så vil vi jo alltid ha antenner ute for sårne ting da, og prøve å nøste opp i det.»

Morten (før96), under spesialisering i nevrologi sa han alltid er opptatt av pasientperspektivet. Hans oppfatning av perspektivet var i midlertidig knyttet til det å kunne forholde seg til pasienter i eksistensielle kriser:

«Fordi det handler om at nevrologiske symptomer ofte blir starten på eksistensielle kriser. Hvis du får et slag da. Og halve siden din er lammet. Det er jo en helt ny verden... Det handler om veldig mye mer enn sykdom i nevrologien da.»

Legene med en legesentrert forståelse er ganske like når det gjelder hensikten med god klinisk kommunikasjon. Et eksempel er Arne (før96) som er under spesialisering i lungemedisin. Klinisk kommunikasjon forsto han primært som et verktøy for overføring av informasjon fra lege til pasient:

«Så for meg så er det et verktøy. For å få informasjon som jeg har klart i mitt hode inn i en forståelig form inn i pasientens hode. Om det er det som står i boken, om det er definisjon på klinisk kommunikasjon, det vet jeg ikke. Men det er det jeg tenker om det, som et verktøy.»

Marianne (etter96) vektla også det å kunne få presis informasjon som viktig i sin forståelse av hensikten med klinisk pasientkommunikasjon:

«Det er jo helt avgjørende for å vite hva som feiler pasienten... Men det er ikke sikkert du finner ut av hva som plager pasienten. Det kan være plager som ikke synes. Så det er helt avgjørende og nøste opp i det, og finne presist, for eksempel en pasient som har vondt i magen, og finne ut presist hvor, hvordan er det vondt, når kommer det og så videre. Og da er man jo helt avhengig av kommunikasjon med pasienten.»

Vurderinger av kommunikasjonsundervisningen

Felles for leger med en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, er at de på ulike måter fattet interesse for og mente at de hadde utbytte av kommunikasjonsundervisningen i medisinstudiet. For eksempel erkjente de at evnen til å kommunisere må oppøves gjennom trening. Kommunikasjonsferdigheter er ikke noe man automatisk har i kraft av å være faglig dyktig eller å ha visse personlige egenskaper. Undervisningen gjorde dem mer oppmerksomme på betydningen av kommunikasjon for legerollen, og enkelte mente at treningen hadde vært viktig i forberedelsen til egen lege-rolle. Undervisningen ga «verktøy til å møte de ulike situasjonene» (som en lege sa). Likevel var de fleste også kritiske til enkelte sider ved kommunikasjonsundervisningen.

Tilsvarende er fellesnevneren blant «de legesentrerte» legene, at de hadde et svært begrenset utbytte av undervisningen. Dette ble hovedsakelig begrunnet i synspunkter på – og erfaringer med – kommunikasjonsundervisningen og kommunikasjonsfaget. Noen var uenige i måten undervisningen var lagt opp på. En lege mente hun lærte mest og best gjennom å få egne erfaringer som lege, samt det å kunne observere og snakke med andre om klinisk kommunikasjon. Hun mente at undervisningen i for liten grad ble knyttet til reelle kliniske situasjoner og til den øvrige kliniske undervisningen. En annen oppfatning formidlet av en annen lege var at kommunikasjonsfaget, mer enn selve undervisningen, ble sett på som lite konkret. Som han formulerte seg: «Medisinstudenter foretrekker nok konkret fagkunnskap som man kan lese seg til og således kan dette gjøre faget klinisk kommunikasjon mindre lystbetont.» Alle legene understreket samtidig viktigheten av klinisk kommunikasjon for godt legearbeid, og nødvendigheten av at kommunikasjonsundervisning var inkludert i medisnutdanningen.

Diskusjon

Som nevnt konkluderte en tidligere undersøkelse med at det ikke var grunnlag for å identifisere en egen Oslo96-effekt på legers selvrapporterte ferdighetsnivå i kommunikasjon (3). Alle legene skåret gjennomgående høyt for alle disse ferdighetene. Heller ikke gjennom disse intervjuene finner vi tegn til en slik forskjell i legenes kommunikasjonsforståelse. Dette er i tråd med tidligere studier. Det er for eksempel vist at forskjeller i holdninger til det å lære seg kommunikasjonsferdigheter blant studenter fra integrert modell (Oslo96) og tradisjonell modell (Bergen) er små (11). Denne undersøkelsen peker dessuten på at den enkelte leges holdninger, synspunkter og erfaringer med kommunikasjonsundervisningen på medisinstudiet, kan være en viktig faktor for hvordan man oppfatter og forstår klinisk kommunikasjon

etter flere år i arbeidslivet. Vi har i midlertidig ikke nok data til å belyse samspillet mellom holdninger og erfaringer.

Vi understreker at det er kommunikasjonsbegrepet som er tema intervjuundersøkelsen. For eksempel uttrykte også de «legesentrerte» legene at det var viktig å møte pasienter som medmennesker, vise forståelse og respekt for pasientens behov, situasjon og følelsesmessige reaksjoner. Disse kan selv sagt også i det daglige arbeidet være like «pasientsentrerte», effektive og ivaretaende som andre leger. Men intervjuene tyder på at disse aspektene ved kommunikasjon og pasientkontakt ble definert som å handle om «sunn fornuft» eller «menneskelige egenskaper» (som noen formulerte det), og ikke som en integrert del av kommunikasjonsbegrepet. Tilsvarende understreket de «pasientsenterte» legene også avstanden mellom hvordan de forstår kommunikasjon, og hvorvidt de konkret i det daglige kliniske arbeidet ivaretar viktige aspekt ved denne forståelsen. Undersøkelser peker riktignok på at måten leger kommuniserer med pasienter på ofte korrelerer med generelle holdninger til pasientsentrert medisin, biopsykososiale perspektiv og empati (16), men vi har foreløpig ikke data som kan vurdere slike sammenhenger.

En svakhet ved å bruke kvalitative intervju som den eneste forskningsmetoden er altså at den gir begrenset informasjon om legenes atferd i pasientkontakt. Legenes utsagn om egen klinisk pasientkommunikasjon og kommunikasjonsundervisning kan gi et skjevt bilde av egen atferd, både fordi utsagnene filtreres av den enkeltes evne til å huske detaljer fra tidligere hendelser, men også fordi de preges av den enkelte leges syn og perspektiv på klinisk kommunikasjon.

Samtidig var det nettopp legenes perspektiv på klinisk kommunikasjon vi ville belyse. Selv om denne undersøkelsen er basert på et lite utvalg leger fra én medisinutdanning, tar den opp spørsmål som i liten grad er undersøkt. Den utgjør også et viktig supplement til de kvantitative studiene av kommunikasjonsferdigheter som allerede er gjennomført (3), og som vil bli fulgt opp i nye spørreskjemaundersøkelser. Intervjuene viser at de spørsmålene som hittil er benyttet i spørreskjemaene bør suppleres med nye spørsmål om forskjellen mellom pasientsentrert og legesentrert kommunikasjon.

Litteratur

1. Larsen Ø. Legestudent i hovedstaden. Oslo: Gyldendal 2003.
2. Wiers-Jenssen J. Skaper ulike studieordninger ulike leger? NIFU skriftserie 2004;2.
3. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Har Oslo96-reformen hatt betydning for legers oppdatering og ferdighetsnivå? Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:2100-4.
4. Gude T, Bærheim A, Holen A, Anvik T, Finset A, Grimstad H et.al. Comparing self-reported communication skills of medical students in traditional and integrated curricula: A nationwide study. Patient Educ and Couns 2005;58:271-8.
5. Falck G, Brattebø G, Brichmann-Hansen A, Ebbing M. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjenesten i distrikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:2265-7.
6. Falck G. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter ny og gammel studieordning i Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:2268-73.
7. Watmough S, Garden A, Taylor D. Does a new integrated PBL curriculum with specific communication classes produce Pre Registration Officers (PRHOs) with improved communication skills? Med Educ 2006;28:264-9.
8. Willis S, Jones A, O'Neill PA. Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre-registration house officers conceptualise communication? Med Educ 2003;37:603-8.
9. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients. London: HMSO 1976.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: SAGE 1995.
11. Mead N, Bower P. Patient-centered medicine: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
12. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL et. al. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. Soc Sci Med 2005;61:1516-28.
13. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Publishing 2005.
14. Gude T, Anvik T, Bærheim A, Fasmer OB, Gude T, Hjortdahl P et.al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:2277-80.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3:77-101.
16. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. J Gen Intern Med 1995;10:375-79.

*André Vågan
Senter for profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo
P.b 4 St. Olaus plass
0130 Oslo
E-post: Andre.Vagan@bio.no*

*Olaf Gjerløw Aasland
Legeforeningens forskningsinstitutt
P.b. 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, UiO
Epost: Olaf.Aasland@legeforeningen.no*