
Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren?

KLINIKK OG FORSKNING

SIRI STEINE

Institutt for allmenntmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

ARNSTEIN FINSET

Institutt for medisinske atferdsfag
Postboks 1111 Blindern
0318 Oslo

EVEN LÆRUM

Institutt for allmenntmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Kunnskap om hva pasienter opplever under konsultasjon hos lege er nødvendig for å kunne oppnå optimal diagnostikk, behandling og tilfredshet. I denne studien identifiseres og beskrives hvilke elementer pasienter i primærhelsetjenesten la mest vekt på ved siste legekonsultasjon.

Vi gjennomførte seks gruppesamtaler (fokusgrupper) med til sammen 31 deltakere. Dette foregikk kort tid etter pasientens siste legekonsultasjon. Samtalene ble tatt opp på lydbånd, skrevet ut ordrett og analysert kvalitativt.

Fem temaer ble spontant diskutert i alle gruppene, hvorav interaksjonen med legen og resultatet av konsultasjonen ble vurdert som viktigst. Interaksjon med legen omfattet kommunikasjon, den emosjonelle opplevelsen og det personlige forholdet til legen. Informasjon, kontinuitet og tid med legen fikk også en del

oppmerksomhet i alle gruppene, mens tilgjengelighet, legens kjønn, ventetid, personalet, den kliniske undersøkelsen og legens tekniske dyktighet bare sporadisk ble omtalt i enkelte av gruppene.

Pasienter verdsetter den nære, lyttende og personlige lege. Følelsen av ikke å måtte skynde seg betyr mer enn antall minutter hos legen. Pasientene har ofte en grad av følelsesmessig engasjement som det ikke umiddelbart er lett for legen å fange opp. De har videre spesifikke forventninger som de ikke sier noe om i konsultasjonen. Det er stor variasjon i den enkeltes behov og ønske om informasjon.

I primærhelsetjenesten er konsultasjonen rammen for møtet mellom lege og pasient og et viktig instrument for å oppnå optimal diagnostikk og behandling. Konsultasjonen er bærer av det vi kan kalle den emosjonelle opplevelsen, som for mange pasienter kan bli styrende for deres videre holdning til helsevesenet og deres atferd i forhold til egen helse.

Det stilles store krav til en god konsultasjon. Den skal være både konstruktiv og effektiv, og skal ideelt sett oppleves som tilfredsstillende både av lege og pasient. Konstruktiv kommunikasjon bygger på en forståelse av pasientens perspektiv (1). Pasienters erindringer etter et besøk på legekantoret representerer en nødvendig kilde til innsikt i deres opplevelser og oppfatninger. Slik kunnskap er viktig for at vi skal kunne videreutvikle konsultasjonen som et verktøy for legene og deres pasienter.

I de siste 30 år har man i en rekke studier med forskjellige tilnærminger forsøkt å beskrive det som skjer under konsultasjonen. Ved å analysere interaksjonen mellom aktørene har man fått verdifull kunnskap om mønstre for atferd (2 – 5), men lite informasjon om pasientenes perspektiv. På den annen side har studier om pasienters tilfredshet vært lagt opp for å ta vare på deres synspunkter og preferanser i helsetjenesten (6 – 9). Det er også kommet innvendinger mot denne type forskning (10 – 14). Det er blant annet pekt på at i forskning basert på intervju eller spørreskjema om sosiale hendelser tenderer pasientene til å svare i tråd med veletablerte sosialt aksepterte termer, noe som kan få betydning for innholdsvaliditeten (10). Folk flest vegrer seg noe for å gi negative svar (10). Dessuten kan det være en tendens til at evaluerende spørsmål om for eksempel tilfredshet fører til at pasientene henter sin mening relativt langt ute i den kognitive prosessen, som har vært utsatt for både konvensjonell og evaluerende påvirkning og bearbeiding (15).

I noen studier har forskerne forsøkt å hente inn mer spontane svar fra et tidligere trinn i bearbeidingsprosessen. Aborelius (16) har brukt kvalitative metoder i sin videoevaluering av konsultasjoner i allmennpraksis. Både pasientene og legene fikk hver for seg anledning til å kommentere opptakene. Hennes hovedfunn var at mens pasientene syntes å ha et hovedperspektiv orientert rundt forholdet til legen, var legene mer orientert mot medisinske prosedyrer og oppgaver. Cromarty (17) brukte semistrukturerte intervjuer og videofeedback for å få pasientene til å rekapitulere hvilke tanker de hadde hatt under konsultasjonen.

Det å snakke om en konsultasjon som nettopp har foregått, er ikke bare passivt å hente opp minner, det er også en aktiv prosess hvor mening og forståelse kan aktiveres og bevisstgjøres gjennom samtale. Spesielt i tidlig fase av bearbeidingen av sosiale hendelser kan man øke bevisstheten omkring følelsesmessige opplevelser ved hjelp av stimuli som minner om den opprinnelige opplevelsen (15). Cromartys avspilling av videoopptak fra konsultasjonen var sannsynligvis et viktig bidrag til at deltakerne «husket» det emosjonelle klimaet under konsultasjonen.

En annen måte å hente frem spontane og umiddelbare inntrykk på er å utnytte en gruppedynamikk hvor samtale mellom deltakerne stimulerer til erindring av hendelser og opplevelser under foregående konsultasjoner. Sammenliknet med en individuell tilnærming er en slik fokusgruppedesign velegnet når man ønsker å få tilgang til spontane utsagn med variasjon og bredde fra et relativt stort antall informanter på en ressursvennlig måte (18, 19).

Målsettingen med vår studie var å undersøke pasienters opplevelse av enkeltmøter med sin allmennlege. Vi ønsket å sette søkelyset på pasientene og deres umiddelbare inntrykk.

Resultatene fra studien er sammenfattet i to artikler. I denne artikkelen har vi konsentrert oss om hvilke elementer i konsultasjonen pasientene vektlegger, mens artikkel to omhandler hvordan inntrykk og opplevelser blir språklig formidlet (20).

Materiale og metode

Vi intervjuet 31 informanter i seks grupper. Pasientene ble rekruttert fra 24 allmennpraktikere ved ti legekontorer. Alle de fire landsdelene og både by- og landkommuner var representert.

Tabell 1

Kjønn og yrkesstatus for 31 pasienter i seks gruppeintervjuer

Menn/kvinner (antall)	11/20
Alder (år)	46
Hjemneværende, pensjonist (antall)	14
Arbeider, underordnet stilling (antall)	12
Selvstendig næringsdrivende, overordnet funksjonær (antall)	4
Ukjent (antall)	1

Pasientene ved hvert senter ble rekruttert fortløpende av hjelpepersonalet umiddelbart etter konsultasjonen. Pasientkarakteristika og årsak til legesøkning fremgår av tabell 1 og tabell 2. Hvert senter fikk spesifikke kriterier for inklusjon, som kjønn og aldersgrupper. Andre kriterier for inklusjon var

tilstrekkelig evne til verbal kommunikasjon og informert skriftlig samtykke. Legene var uvitende om hvilke pasienter som ble rekruttert. Tid fra konsultasjon til intervju varierte fra null til fire dager.

Tabell 2

Hovedårsak til legesøkning for 31 informanter i seks gruppeintervjuer

	Antall
Luftveissymptomer	8
Muskel- og skjelettsymptomer	6
Hjerte- og karsykdom	6
Underlivsplager	5
Inflammatorisk sykdom	2
Psykisk lidelse	2
Graviditet	1
Ukjent	1

En intervjuguide ble utarbeidet på bakgrunn av litteraturstudier og uttalelser fra et ekspertpanel. Intervjuguiden omfattet følgende temaer: organisasjon, utstyr og personale på legekantoret, informasjon, kommunikasjon, følelsesmessige opplevelser, forventninger og mestring.

For å gi informantene anledning til å fortelle sine historier så uavhengig av intervjuernes for forståelse som mulig, ble informantene spurt om sine opplevelser i to faser. I den første delen, som dekket størsteparten av diskusjonstiden, ble deltakerne presentert for helt åpne spørsmål av typen: «Fortell litt om hvordan du opplevde det siste besøket hos legen,» eller «Hvordan opplevde du samtalen med legen?». Temaer fra intervjuguiden som ikke spontant kom opp i gruppene, ble først introdusert mot slutten av samtalen i form av åpne og enkelte spesifikke spørsmål.

Avslutningsvis ble alle gruppene spurt om hva de syntes var aller viktigst i en god konsultasjon.

I hver gruppe var det en leder og en assisterende leder. Assisterende leder var hovedsakelig passiv observatør. Det ble lagt vekt på en informantsentrert lederstil for å stimulere til åpen og fri diskusjon deltakerne imellom. Gruppeleders hovedoppgave var å bidra til en konstruktiv gruppedynamisk prosess, innenfor rammene av opplevelser knyttet til siste konsultasjon.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett. Databearbeiding ble utført ved hjelp av en kvalitativ analytisk prosess der teksten ble lest og meningsbærende enheter identifisert. Deler av teksten ble deretter systematisert, tematisert, kondensert og sammenfattet til beskrivelser (21). Både temaer fra intervjuguiden og spontane temaer ble identifisert under dataanalysen. Spesielt beskrivende enkeltutsagn for hvert tema ble identifisert.

Beskrivelser og enkeltutsagn ble deretter validert opp mot originalutskriftene på følgende måte: Hovedpunkter ble testet gruppe mot gruppe, og det ble søkt etter rivaliserende forklaringer og negative utsagn (22). I tillegg testet man om meningene fremkom spontant i gruppene eller etter spørsmål fra gruppeleder, da ble de tillagt mindre vekt.

Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Resultater

Fem temaer ble spontant diskutert i alle gruppene. Av disse ble interaksjon med legen og resultatet av konsultasjonen oppfattet som klart viktigst av informantene, vurdert ut fra både omfang, interesse og intensitet i gruppediskusjonene og som resultat av direkte spørsmål fra gruppeledelsen i alle gruppene.

Informasjon, kontinuitet og tid med legen ble også tillagt en del vekt, mens temaer som tilgjengelighet, legens kjønn, ventetid, personalet, den kliniske undersøkelse og legens tekniske dyktighet bare sporadisk ble diskutert i enkelte grupper. Øvrige punkter, som for eksempel kostnad og utstyr, fikk ingen oppmerksomhet i noen av gruppene, selv når dette ble nevnt spesielt av gruppelederne. I det videre presenteres resultatene av analysen av de viktigste temaene.

Det var enighet i alle gruppene om at interaksjonen mellom legen og pasienten var av overordnet betydning. Dette ble understreket av stor verbal aktivitet og følelsesmessig engasjement i gruppene. Alle deltakerne bidro med et vidt spektrum av erfaringer og oppfatninger. Vi fant tre undergrupper innenfor det overordnede temaet interaksjon mellom lege og pasient:

Kommunikasjon

Hvordan informantene hadde klart å kommunisere med legen, inntok en sentral rolle i historiene. Informantene tok gjennomgående utgangspunkt i seg selv, både som passive og aktive aktører, og i sin egen opplevelse. Helt sentralt stod informantenes opplevelse av å ha fått komme frem med sine budskap slik at disse ble hørt og forstått av legen. Dette omfattet både verbal og ikke-verbal kommunikasjon. En av informantene sa det slik: «Det var godt at det var en som hørte på meg. Og så fikk jeg liksom en positiv tilbakemelding på at jeg hadde kommet. Det var veldig fint å få sagt det jeg ønsket. Legen var veldig interessert og spurte om alt mulig. Jeg blir så rolig og trygg når jeg føler at legen liksom bare ser meg. I begynnelsen tror jeg det bare rant ut av meg. Jeg vet jo at jeg må leve med det, de finner ikke ut av det. Men det å bli spurt om det, det får meg til å føle meg tatt vare på.»

Noen slet med en følelse av ikke å ha blitt hørt, sett eller tatt på alvor. Denne opplevelsen ble ofte ledsaget av negative følelser rettet mot leger og helsevesen generelt, men kun unntaksvis mot den enkelte lege. Ofte ble den aktuelle opplevelse referert mot en klangbunn av gamle erfaringer, egne eller andres. Ikke sjelden ble opplevelsen også tolket som et uttrykk for egne feil eller mangler, noe som syntes å virke forsterkende på den negative opplevelsen:

«Det ble liksom litt mye vanlig prat. Det er ikke alltid så lett å få sagt det man vil, man er jo ofte litt oppjaget. Men jeg hadde vel ønsket meg litt mer oppmerksomhet, litt mer interesse på meg. Det var litt frustrerende egentlig, jeg følte at jeg ikke nådde helt frem. Og så mistet jeg tråden. Det skal ikke så mye til for at du skal bli forstyrret slik at du ikke får frem det du har på hjertet. Tror ikke de tar meg helt på alvor. Jeg prøvde å få kontakt, men det var nesten umulig. Jeg reagerte nokså sterkt, ble sikkert altfor irritert.»

Selv om informantenes opplevelser varierte, så utløste de forskjellige beskrivelsene reaksjoner som gjenkjennelse, forståelse og fellesskap mellom informantene. Ofte ble historiene formidlet sammen med et inderlig følelsesmessig engasjement.

Den emosjonelle opplevelsen

Følelser som oppstod under gruppediskusjonene ble oftere formidlet indirekte enn direkte verbalt. Informantenes erindring av siste konsultasjon var sjelden emosjonelt nøytral. Dette var også tilfellet hos de informantene som gjerne startet med å beskrive konsultasjonen som kort, rutinepreget eller ukomplisert, og som dermed syntes at de egentlig ikke hadde noe å bidra med. Følelsene kom gjerne til syne litt ut i diskusjonen og ble tydelig stimulert av prosessen deltakerne imellom. Ikke sjelden fikk vi et inntrykk av at følelsene først kom frem under diskusjonen, og at noe også ble formidlet ubevisst.

Følelser i forbindelse med den siste konsultasjonen ble formidlet som irritasjon, skuffelse og frustrasjon, eller informantene beskrev seg som fornøyd, lettet eller oppstemt. Andre følelser var trygghet og tillit eller uttrykk som å føle seg liten, dum eller avvist. Negative følelser i forbindelse med siste konsultasjon var vanskelig å skille fra tidligere erfaringer. Negative erfaringer eller forventninger påvirket og farget det aktuelle legemøtet, eksempelvis ved at ting som lå informant på hjertet, ikke ble adressert under konsultasjonen: «Jeg føler meg nesten alltid som en hysterisk mor når jeg tar ungene til legen. Det er sikkert ubegrunnet. Jeg mener, det er sikkert sånn psykisk, for du hører jo om andre og du vil jo ikke bli oppfattet som hysterisk og da blir det lett til at du tier stille. Egentlig var det flere ting jeg hadde tenkt å spørre om denne gangen.»

Negative forventninger ble klare fremhevet når opplevelsen i seg selv hadde vært positiv: «Den kvinnelige legen var veldig hyggelig mot meg. En helt super lege, altså. Jeg ble helt imponert, for jeg synes jeg hører så mye negativt, om folk som venter og venter og ikke får noe hjelp.»

Kun unntaksvis var følelser blitt gjenstand for direkte oppmerksomhet i konsultasjonene, slik informantene erindret dem. De få gangene det skjedde, var det legen som stilte et direkte spørsmål, noe informantene fant overraskende, men svært positivt, og som syntes å ha fungert som et viktig bidrag til et konstruktivt forhold mellom legen og informanten. Dette blir illustrert av de følgende direkte sitater: «Han var veldig usikker. Måtte be om assistanse underveis. Han forklarte at siden han var ny, måtte han bruke en del tid på å skrive alt inn på datamaskinen. Han spurte meg om jeg syntes det var vanskelig. Det syntes jeg var veldig greit, god nok forklaring for meg. Vi fikk en god prat. Han gjorde meg rolig.»

«Legen sa at «det må være vanskelig for deg å bytte lege hele tiden». Det fikk meg virkelig til å føle meg vel. Sånt gir jo tillit! Det var en flott konsultasjon.»

Det personlige forholdet mellom lege og pasient

Informantene beskrev graden av personlig forhold til legen sin med entusiasme dersom de hadde et nært personlig forhold og med beklagelse dersom de ikke hadde det. Det å ha et personlig forhold til legen ble beskrevet som et ubestridt gode. De som syntes de hadde et slikt forhold, mente at dette hadde ført til mer oppmerksomhet, bedre omsorg og at de ble tatt mer på alvor. Et annet fenomen som syntes knyttet til en nær relasjon til legen, var en økt bevissthet om egen rolle som pasient, som en egen pasientidentitet: «Legen min vet hvordan jeg gjerne vil ha det. Kjøpt og greit. Egentlig går jeg jo der bare for å få trygghet. Og hvis det er noe, så kommer jeg med mine ønsker, og så hører han på det. Jeg trenger mye omsorg og støtte. Av og til tåler jeg ikke så mye. Legen min vet det. Jeg sier ofte hvordan jeg har det.»

Informanter med en slik egen pasientidentitet syntes å ha et mer reflektert forhold til sine egne holdninger, reaksjoner og behov i pasientrollen. På samme måte var forventningene til egen innflytelse i konsultasjonen større, noe som gjorde det lettere for disse informantene å formidle egne ønsker og krav i selve konsultasjonen.

Resultat av konsultasjonen

Det var en samstemt og spontan enighet i alle gruppene om at et svært viktig element i konsultasjonen var knyttet til det faktiske resultatet etterpå. Informantene syntes å ha relativt spesifikke forventninger om å få noe tilbake, enten i form av en diagnose, en henvisning eller en behandling, eller det kunne være en bekreftelse på at alt var i orden, svar på et spørsmål eller en bekreftelse på at besøket hadde hatt sin berettigelse. Noen beskrev en forventning til legen som problemløser, andre mer som hjelper, trøster eller aksepterende lytter. Et fellestrekk var en forståelse av at legen bør kunne være i stand til å oppfatte den enkelte pasients forventninger uten at disse blir eksplisitt uttalt:

«Du er veldig spent når du skal til sjekk. For da går du jo liksom gjennom alle prøver og undersøkelser. Og det er jo kreft som sitter øverst oppi her på oss alle sammen. Han jeg søker, er veldig flink til å skjønne hva det er jeg tenker på uten at jeg behøver si det. Det synes jeg er veldig viktig at en lege kan.»

«Jeg hadde tenkt at jeg ville bli sykmeldt. Jeg synes det er litt rart at legen ikke forstod at det i grunnen var derfor jeg var der. Jeg mener med vondt i ryggen. Det er vel egentlig nokså opplagt?»

Ikke overraskende var det stor grad av samvariasjon mellom innfridde forventninger og en positiv opplevelse av konsultasjonen, i motsetning til forventninger som ikke ble møtt.

Informasjon

Selv om informantene var enige om at informasjon var viktig, kom det frem at det var stor variasjon i hva den enkelte la i begrepet god informasjon. Mens noen ønsket seg saklig faktisk kunnskap, la andre mest vekt på det som kunne bidra til å ta bort bekymring av typen «du har helt sikkert ikke kreft». Noen

hadde problemer med å forholde seg til detaljert informasjon, mens andre ønsket utførlig faktakunnskap eller kun utvalgt spesifikk informasjon, eksempelvis som strategi overfor egen skyldfølelse («de aller fleste barn av røykende mødre blir født friske»). Dette temaet gav klart mest variasjon, både når det gjaldt meningsinnhold, forventninger og erfaringer.

Kontinuitet

De fleste av våre informanter hadde skiftet lege en rekke ganger og beskrev dette som vanskelig. Møtet med en ny lege var en kilde til utrygghet og uvisshet, som ved første prøve for et nytt teaterstykke, med uavklarte roller og ukjente replikker. Ingen beskrev positive aspekter ved muligheten til å møte en ny lege. Imidlertid hadde noen opplevd at nettopp slike møter kunne bli konstruktive:

«Jeg hadde grudd meg. Ny lege. Var temmelig anspent. Legen tok godt imot meg og spurte meg hvordan det hadde gått siden sist. Hun hadde lest i journalen før jeg kom, så jeg trengte ikke begynne med Adam og Eva. Fortalte hvor lenge hun skulle være der, og vi diskuterte hvordan vi kunne samarbeide. Det var en fin konsultasjon.»

Selv om de fleste gjerne vil ha samme lege over tid, var ikke dette noen garanti for et nært og personlig lege-pasient-forhold. Men toleransen overfor en utilfredsstillende relasjon syntes å minske over tid:

«Jeg vet ikke hvor lenge jeg kommer til å fortsette å gå der. Jeg når liksom ikke frem.» På den annen side kunne også en mindre episode i en ellers langvarig og godt relasjon til legen føre til skuffelse og frustrasjon. «En gang jeg var hos legen, sa han at det ikke så bra ut og han måtte legge meg inn. Jeg skjønte ingenting, fikk jo sjokk. Men det var bra at han sendte meg, for jeg ble skikkelig dårlig på sykehuset. Men at han kunne si det på den måten.»

Tid

Tid med legen gikk som en rød tråd gjennom de fleste beretningene. Imidlertid syntes informantene mer å legge vekt på en følelse av ikke å måtte skynde seg enn akkurat antall minutter inne hos legen. Noen informanter syntes korte konsultasjoner var bra, mens andre etterlyste mer effektiv bruk av tiden og syntes eksempelvis at opplysninger fra langt tilbake ofte ikke var relevante for det de kom for. Noen hadde bidratt til at det skulle gå fort ved å rulle opp ermet allerede på venterommet ved kontroll for høyt blodtrykk. Vond samvittighet overfor medpasienter var også en betydelig stressfaktor. Selv om mange ønsket seg mer tid med legen, ble også her kvaliteten av møtet med legen vurdert som mulig kompensasjon:

«Noen ganger har du ventet lenge, og du vet at når det er din tur, så har dere kanskje ikke mer enn ti minutter. Men det hjelper mye hvis du liksom får følelsen av at i de ti minuttene så er det du som er i sentrum, da er legen bare der for deg.»

Andre temaer

Noen temaer ble diskutert i enkelte grupper, enten spontant eller etter spørsmål fra gruppelederne. I forhold til temaene som er nevnt ovenfor, ble disse tillagt relativt mindre betydning:

Det var enighet om at det var et motsetningsfylt forhold mellom det å nå legen på telefon og det ikke selv å bli forstyrret av innkomne samtaler fra andre pasienter. Det var uvant med kvinnelig lege for noen. Flere mannlige informanter hadde hatt negative forventninger til kvinnelig lege, men var blitt positivt overrasket. Flere syntes at kvinnelige leger lyttet bedre. Informasjon underveis reduserte angst og usikkerhet ved lengre ventetid. Det var gjennomgående tilfredshet med personalet. Noen syntes at det var lettere å spørre disse enn å spørre legen. Informantene var fornøyd med undersøkelsene som ble foretatt, enten disse var omfattende eller høyst overfladiske. Informantene forholdt seg til begrepet «legens dyktighet» som om det var synonymt med evne til kommunikasjon og empati.

Diskusjon

Med unntak av at informantene la så stor vekt på resultatet av den enkelte konsultasjonen, var de mest sentrale temaene i tråd med vår forventning, men gav likevel utvidet og økt forståelse, og enkelte overraskende aspekter. På den annen side var det en rekke områder som enten fikk mindre oppmerksomhet enn forventet eller ingen oppmerksomhet i det hele tatt.

At informantene la stor vekt på interaksjonen mellom lege og pasient, var ikke overraskende og er helt i tråd med resultatene fra en rekke tidligere publiserte arbeider (6 – 9, 11 – 14, 23). Vi ble likevel slått av styrken i det emosjonelle engasjementet, spesielt i forbindelse med konsultasjoner hvor vi ut fra de første beskrivelsene «rutinemessig sjekk», «ikke noe problem» egentlig ikke forventet det. Mens en rekke organisatoriske vanskeligheter som ventetid, tidsnød eller skifte av lege kunne kompenseres ved et godt møte mellom legen og pasienten, var de sterkeste negative opplevelsene knyttet til utilfredsstillende samhandling mellom lege og pasient og syntes upåvirket av ellers tilfredsstillende forhold rundt konsultasjonen.

På ett sentralt punkt avvek informantenes prioriteringer seg fra vår forforståelse, nemlig den store betydningen som ble tillagt den enkelte konsultasjons kortsiktige resultat. Her fant vi at allmennmedisinens arbeidsmåte, der man ofte tar tiden til hjelp og ser på den enkelte konsultasjonen som en del av en lengre prosess, stod i motsetning til informantenes oppfatning. Informantene så på den enkelte konsultasjon mer som en isolert, avsluttet enhet som de ofte hadde hatt spesifikke forventninger til.

Det er holdepunkter for at oppfylte forventninger kan være ansvarlig for opptil 19 % av variasjonen i pasienters tilfredshet med legebesøket (24). I denne studien fant vi overraskende at når informantene ikke hadde fortalt om sine forventninger, skyldes dette en tro på at legen kunne eller burde ha forstått det

av seg selv. Dermed vil forventninger som ikke blir adressert, kunne føre til skuffelser på flere plan. Pasienten kan bli skuffet over ikke å bli møtt på sine behov, over legens manglende evne til å forstå eller over «å ha blitt veid, men funnet for lett», for eksempel til å få sykmelding.

Mens legens tekniske dyktighet og forhold rundt den fysiske undersøkelsen har vært anført som viktige aspekter ved konsultasjonen i andre studier (6, 26), fikk dette svært begrenset oppmerksomhet i vår studie. Dette kan forklares med kulturelle forskjeller. I vår studie refererte «flink lege» hovedsakelig til legens kommunikative evner, som evne til lytting og innlevelse, og selv den enkleste prosedyre som å bruke stetoskop eller kjenne under tøyet hos fullt påkledd pasient ble opplevd som fullgod i situasjonen.

Vi valgte å intervju pasienter i grupper fordi vi ønsket å utnytte de gruppedynamiske fordelene som ligger i å la deltakere samhandle mer med hverandre enn med en leder. Med individuelle intervjuer kunne man ha gått mer i dybden på enkelte elementer, for eksempel om forskjellige typer forventning. Valg av gruppeledere som fagpersoner med erfaring fra allmennmedisin, psykologi og gruppeledelse var bevisst for å kunne utnytte gruppedynamiske prosesser på en konstruktiv måte og for lettere å kunne forstå informantenes fortellinger. Dette viste seg ved et par anledninger å være svært viktig. På den annen side kan vår «faglige» status ha virket inn på en slik måte at noe informasjon kan ha blitt tonet opp. Vårt inntrykk var at gruppene langt på vei var preget av stor verbal aktivitet og engasjement i en trygg atmosfære, selv om vi selvfølgelig ikke kan utelukke negative gruppeeffekter som for eksempel at noen av utsagnene i faser med sterkt emosjonelt engasjement kan ha vært et resultat av gjensidig påvirkning i selve gruppediskusjonen.

I denne studien har vi beskrevet elementer i konsultasjonen slik vi har oppfattet og tolket at pasientene ser dem. På veien fra opplevelser via beskrivelser til tolking og formidling ligger det mange muligheter for påvirkning som kan ha innvirket på våre konklusjoner. Et spørreskjema om pasienters opplevelser med allmennlegetjenesten (POMA) er under utarbeiding og bearbeiding, og vil ytterligere kunne belyse resultatene fra denne studien. Samtidig har studien vært et viktig grunnlag for utviklingen av spørreskjemaet.

Den medisinske konsultasjon er en prosess mellom to aktører. Denne studien tyder på at bedre skoling av legene, eksempelvis til å stille riktige spørsmål, kan gi bedret samhandling, større tilfredshet og helsemessig gevinst (25, 26). Det ligger også en potensiell gevinst i at også pasientene kan bli bedre forberedt til møtet med legen (27). Et bevisst forhold til egne behov og forventninger synes viktig. Eksempelvis var det legene som, i noen få tilfeller, tok opp følelsesmessige reaksjoner relatert til selve situasjonen. Den positive effekten slike utspill hadde på pasienten og sannsynligvis også på selve konsultasjonsprosessen er verdt å merke seg. I de fleste tilfellene følte informantene at de «brant inne med» til dels sterke følelsesmessige opplevelser. En måte å møte dette problemet på er å gi pasienter en forståelse av at deres aktive medvirkning under konsultasjonen både er vesentlig og ønskelig. Legene må gis redskaper til å kunne møte pasientene på en slik måte at medvirkning blir mulig. Dette er også sentralt når det gjelder informasjon

pasienter ønsker, trenger eller kan forstå. Informasjon er viktig for å kunne mestre usikkerhet knyttet til sykdom (23), og kan bidra til endret helsemessig atferd og redusert morbiditet og mortalitet (28, 29). Et sentralt funn i vår studie var informantenes svært forskjellige og mangfoldige forståelse av sitt individuelle informasjonsbehov, som det ville vært vanskelig å dekke uten bevisst å fokusere på den enkeltes ønsker og behov i forkant. Det er viktig å individualisere medisinsk informasjon etter modell av den pasientsentrerte metode,

men det kan også lett oppstå situasjoner hvor pasientens behov for å få individualisert informasjon kan kollidere med krav som samfunnet stiller til legen om å gi saklig, korrekt og dekkende informasjon, eksempelvis om bivirkninger eller sykdomsprognose.

Konklusjon

Denne studien er blitt til ved å lytte til pasienters stemmer. Det faller derfor naturlig å sammenfatte våre funn og tolkinger gjennom et tenkt pasientutsagn: «Jeg ønsker meg en nær og personlig lege. En som både ser, hører og lytter. Å gå til legen er for meg alltid en følelsesmessig opplevelse hvor jeg er ekstra sårbar. Jeg har som regel helt spesifikke forventninger som jeg tenker at legen bør forstå av seg selv uten at jeg behøver å si det. Verken jeg eller legen min pleier å snakke om hvordan jeg har det akkurat der og da. Av og til tror jeg det kunne vært lurt. For eksempel så ønsker jeg av og til å få vite saker og ting, men når legen forklarer, blir jeg sittende helt utenfor, opphengt i akkurat den tingen som jeg lurar på. Da føler jeg meg gjerne litt dum.»

Studien er finansiert av Kvalitetssikringsfondet, Den norske lægeforening. Vi takker de medvirkende ved følgende legekontorer: Ila legesenter, Lierbyen legesenter, Markveien legesenter, Mortensnes legekontor, Nordbyen legesenter, Olsvik legesenter, Røa helsesenter, Sund senter, Ulriksdal legesenter og Valentinlyst legesenter.

LITTERATUR

1. Lærum E, Steine S, Finset A, Lundevall S. Complex health problems in general practice: do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theoretical foundation, development and user evaluation of the patient perspective survey (PPS). *Fam Pract* 1998; 15: 172 – 81.
2. Stiles WB, Putnam SM. Verbal exchanges in medical interviews: concepts and measurements. *Soc Sci Med* 1992; 35: 347 – 55.

3. Roter DL, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc Sci Med* 1992; 11: 163 – 9.
4. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Ann Rev Publ Health* 1989; 10: 163 – 80.
5. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553 – 9.
6. DiTomasso RA, Willard M. The development of a patient satisfaction questionnaire in the ambulatory setting. *Fam Med* 1991; 23: 127 – 31.
7. Ware JE, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 393 – 402.
8. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Brit J Gen Pract* 1990; 40: 487 – 90.
9. DiMatteo MR, Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice centre. *J Community Health* 1980; 6: 18 – 34.
10. Nederhof AJ. Methods of coping with social desirability bias: a review. *Eur J Soc Psychol* 1985; 263 – 80.
11. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Evaluation and Programme Planning* 1983; 6: 185 – 210.
12. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39: 655 – 70.
13. Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford: Oxford University Press, 1992.
14. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27: 637 – 44.
15. Fiedler K. Processing social information for judgement and decisions. I: Hewstone M, Strobe W, Stephenson GM, red. *Introduction to social psychology: a European perspective*. Oxford: Blackwell, 1996: 135 – 66.
16. Arborelius E, Timpka T. Comparison of patients' and doctors' comments on video-recorded consultations. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 71 – 7.
17. Cromarty I. What do patients think about during their consultations? A qualitative study. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 525 – 8.
18. Morgan D. Focus groups as qualitative research. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods. Beverly Hills, CA: Sage, 1988.
19. Krueger RA. Focus groups. A practical guide for applied research. Beverly Hills, CA: Sage, 1988.

20. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 354 – 7.
21. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
22. Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods. Vol 1. Beverly Hills, CA: Sage, 1986.
23. Roter D, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Westport, CT: Auburn House, 1992.
24. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. Soc Sci Med 1987; 24: 51 – 7.
25. Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials: a controlled trial. Ann Intern Med 1976; 84: 646 – 51.
26. Robbins J, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviours on patient satisfaction. Fam Med 1993; 25: 17 – 20.
27. Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction. The effect on patient asking questions on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. Health Educ Monogr 1977; 5: 281 – 315.
28. Holme I, Hjerman I, Helgeland A, Leren P. The Oslo study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary prevention trial in middle-aged men. Prev Med 1985; 14: 279 – 92.
29. Kaplan NM, Stamler J. Prevention of coronary hearth disease. Practical management of the risk factors. Philadelphia: Saunders, 1983.

Publisert: 10. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. juni 2026.