
Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon

KLINIKK OG FORSKNING

EIVIND MELAND

Email: Eivind.Meland@isf.uib.no

EDVIN SCHEI

ANDERS BÆRHEIM

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
5009 Bergen

I denne artikkelen presenterer vi den pasientsentrerte kliniske metode i historisk lys, med spesiell vekt på filosofisk og etisk plassering. I artikkelen gjennomgår vi dokumentasjon om metoden og diskuterer metodens relevans for klinisk medisin. Artikkelen baserer seg på gjennomgang av relevant litteratur.

Den pasientsentrerte metode er blitt introdusert i vestlig klinisk medisin som ledd i en allmenn vitenskapsteoretisk endring med vekt på systemisk og relasjonell forståelse. Pasientsentrert klinisk metode er etisk begrunnet i humanisme, med vekt på likeverdighet i mellommenneskelige relasjoner. Observasjonsstudier kan tyde på at metoden kan være bedre enn tradisjonell klinisk medisin når det gjelder utfallet for pasientene, men dokumentasjonen fra eksperimentelle studier er sparsom og motstridende. Pasientsentrering som begrep synes å være uavklart med tanke på tiltaksfasen i konsultasjonen. Sammenhengen mellom legens kommunikasjonsferdigheter, pasientsentrering som begrep, pasienttilfredshet, pasientstyrking og klinisk utfall bør klargjøres og dokumenteres bedre.

Hvis legen skal kunne hjelpe og gi råd til pasientene, er det nødvendig å bringe inn personlige og relasjonelle aspekter i klinisk medisin. Den pasientsentrerte metode viser hvordan dette kan gjøres i den diagnostiske fasen av konsultasjoner. Vi trenger

grundigere dokumentasjon og større bevissthet om etiske implikasjoner i valg av metoder i tiltaksfasen for å vite hvordan pasientenes kompetanse og prognose kan bli bedre.

Troen på at all virkelighet, også mennesket, kan utforskes, forklares og behandles «objektivt», har hatt en sterk posisjon i medisinen siden tidlig i forrige århundre (1). Positivismen eller objektivismen har imidlertid tapt sin troverdighet som vitenskapsteoretisk fundament i etterkrigstiden (2, 3). Det er ubestridelig at menneskelige fenomener, deriblant sykdom og kommunikasjon, ikke kan erkjennes nøytralt, uavhengig av subjektet og den menneskelige tolking og interaksjon. Betydningen av det subjektive, tolkingen og dialogen er paradoksalt nok ikke blitt vektlagt i humanbiologien, men av tenkere innen fag som fysikk (4), vitenskapsteori (5) og antropologi (6).

Pasientsentrert medisin i historisk lys

Den pasientsentrerte medisin representerer et tidevannsskifte innen den kliniske medisin – med vektlegging av pasientens subjektive tolking og betydningen av relasjonen mellom lege og pasient. Metoden har sine røtter i humanistisk psykologisk tenkning og praksis. I 1940- og 50-årene utviklet Carl Rogers sin klient- eller personsentrerte metode (7), og Haim Ginott beskrev i 1960-årene hvordan humanistisk tenkning har konsekvenser for hvordan vi møter og behandler barn (8). I humanistisk psykologi er respekten for den andre og vektleggingen av dennes tanker og følelser sentrale forutsetninger for klinisk arbeid. Betingelsen for å være en hjelper er at du erkjenner den andres ståsted, viser at du har forstått denne (empati) og betrakter deg selv mer som befordre enn som behandler.

Det var den engelske psykiateren Michael Balint som først anvendte begrepet «pasientsentrert medisin». Han knyttet det til å utforske pasientens «illness»-perspektiv (den subjektive opplevelse av sykdom, til forskjell fra «disease»-perspektivet) (9). En nærmere teoretisk begrunnelse for pasientsentrert klinisk metode i medisinen ble utviklet av indremedisinen og psykiateren George L. Engel. I en kjent artikkel i *Science* i 1977 (10) bruker han systemteoretisk tenkning for å begrunne metoden. Engel beskrev det han kalte bio-psyko-sosial medisin, men han har understreket at en systemteoretisk tilnærming til medisinen aldri kan forstås som en summering av det biologiske, det psykologiske og det sosiale (10 – 12). I begynnelsen av 1980-årene begrunner også David Tuckett den pasientsentrerte metoden med å beskrive konsultasjonen som et «møte mellom eksperter» (13). Han vektlegger hensynet til autonomi og pasienten som forbruker med rett til å bli hørt i valg som angår livslang medikasjon og atferdsendringer. Pasienten er ekspert på sin egen kulturelle bakgrunn og sin egen personlige historie og selvfortolkning, hevder Tuckett (13).

Byrne & Long baserte sin forskning på kvantitativ analyse av et stort antall konsultasjoner, og anviste ganske spesifikt hvilken kommunikasjonsatferd som kunne fortjene betegnelsen pasientsentrert (14). Utspørring og interesse for pasientens forestillinger, samt anerkjennelse, bekreftelse og oppmuntring, er verbal atferd som fortjener betegnelsen pasientsentrert, ifølge Byrne & Long. I Skandinavia har kvalitativ

forskning understreket betydningen av pasientperspektivet i medisinen som en grunnleggende forutsetning for at legen skal kunne forstå pasienten og hennes problemdefinering, årsaksoppfatninger og tiltaksforventninger (15, 16).

Internasjonalt har allmennmedisineren Ian McWhinney vært en sentral person i utviklingen av pasientsentrert medisin. I likhet med George Engel forankrer også han den pasientsentrerte metode i systemorientert tenkning, men han peker på at denne nyorienteringen i medisinen egentlig er en gjenoppdagelse av teoretisk erkjennelse fra antikken (17, 18). Motsetningen dreier seg om forskjellig syn på sykdom: det objektive (ontologiske eller essensialistiske) sykdomsbegrep mot det prognostiske (relasjonelle eller økologiske). Det objektive sykdomsbegrep har en sterk posisjon i vår kultur, også fordi det er funksjonelt og bidrar til løsning på medisinske problemer.

Idéhistorikeren Trond Berg Eriksen peker på at det er nødvendig for den moderne medisin å anvende begge sykdomsbegrepene, og at vi ikke er tjent med en medisin som henfaller til subjektivism og føleri (19). Fra filosofiens side har det vært gjort forsøk på å forene sykdomsbegrepene i en systemisk og sirkulær forståelsesmodell, men dette har foreløpig hatt liten gjennomslagskraft i medisinen (20).

Pasientsentrert medisin som undervisningsfag

Vi kan få et bilde av hvordan denne teoretiske nyorienteringen i medisinen har vært operasjonalisert ved å se på hvordan pasientsentrert klinisk metode er utviklet som undervisningsfag ved forskjellige læresteder. Det undervises i dag i metoden ved flere universiteter, med ulike lokale valører. Bio-psyko-sosial studieplan er en viktig del av undervisningen ved universitetet i Rochester, hvor George Engel grunnla dette undervisnings- og forskningsfeltet (12). Samtlige kliniske spesialiteter bidrar til denne del av studieplanen både i grunnutdanningen og i spesialistutdanningen.

Undervisningen har sine viktigste elementer knyttet til konsultasjons- og kommunikasjonsundervisning, men legger også vekt på egeninnsikt og innsikt i kontekstuelle forhold, gjennom undervisning om familien som system (21).

Den pedagogiske og forskningsteoretiske modell som er utviklet i London Ontario i Canada, beskriver seks oppgaver som relevante for klinikerens møte med pasienten (18). Pendleton og medarbeideres pedagogiske modell, utviklet ved universitetet i Oxford, opererte med sju kliniske oppgaver som kunne observeres og evalueres ved bruk av konsultasjonskart (22). Ved universitetet i København har de en undervisningsmodell med ni ulike elementer for konsultasjonen (de ni F-er) (23). Felles for disse pedagogiske modeller er:

- – Konsultasjonen planlegges etter at legen har gjort seg kjent med pasientens grunn(er) for å konsultere
- – Pasienten gis anledning til å presentere egen forståelse, forventninger og følelser
- – Legen har som oppgave å formidle at han har forstått pasientens forestillinger og følelser (empati)
- – Legens kliniske og biomedisinske oppgaver er et viktig element (men ikke det eneste) i konsultasjonen

- – Tiltakene forhandles frem mellom likeverdige etter at det er gjort forsøk på å finne felles forståelse
- – Relasjonen og oppfølgingen må ivaretas

Pasientsentrert medisin – studentsentrert pedagogikk

Undervisningen av pasientsentrert metode foregår på to nivåer: lærestoffet (innholdsnivået) og læringsprosessen (det pedagogiske nivå). Dersom undervisningen i pasientsentrert metode skal ha troverdighet, må prosessen og pedagogikken ha en humanistisk forankring.

I pedagogikken har vi hatt en liknende utvikling som i medisinen når det gjelder anerkjennelsen av humanistisk og relasjonell forståelse (3, 24). De endringer som vi har skissert for møtet mellom lege og pasient, må ha gyldighet på det pedagogiske området. Møtet mellom underviser og den som skal lære, må preges av gjensidighet, dialog og respekt.

Psykologen David Pendleton ved universitetet i Oxford gjorde i begynnelsen av 1980-årene en betydelig innsats for å implementere metoder fra sosial kognitiv læringsteori og humanistisk psykologi i undervisningen av pasientsentrert medisin i grunnutdanningen så vel som i videre- og etterutdanningen (22). Å delta i og være i takt med studentens (eller kollegaens) egen læringsprosess var det gylne prinsipp for denne pedagogikken. Læringen var sentrert omkring egne erfaringer, med rollespill eller reelle konsultasjoner. Egenrefleksjon, anerkjennelse av det man mestrer og selvmotivert befordring av endringer var fundamentet for pedagogikken. All tilbakemelding på egne prestasjoner i grupper eller i en-til-en-læring skal følge en dagsorden som sikrer ivaretagelse og dialog:

- – Aktøren anerkjenner det han/hun mestret ved å formidle dette
- – Observatørene anerkjenner det aktøren mestret og formidler dette
- – Tilbakemeldinger skal handle om konkret og observert (verbal) atferd
- – Aktøren gir seg selv konkrete råd om forbedringer
- – Observatørene gir konkrete råd om forbedringer

Dokumentasjon

Det er verdt å merke seg at Michael Balint så en tvetydighet i den pasientsentrerte medisin. Han hevdet at den *kunne* føre til regresjon og avhengighet hos pasientene (25). Tvetydighet preger også dokumentasjonen som foreligger om metoden. Observasjonsstudier synes å dokumentere sammenheng mellom pasientsentrert konsultasjonsstil og klinisk utfall (26 – 33), selv om noen studier viser svake sammenhenger og tvilsomme funn. Selv om pasienttilfredsheten kan bedres (34), finner man i noen observasjonsstudier ingen effekt på andre relevante kliniske utfall av pasientsentrert konsultasjonsstil (34 – 36). I noen studier kan definisjoner og mål på pasientsentrert virke nokså tilfeldige.

Det har vært få kontrollerte eksperimentelle studier der man har undersøkt hvorvidt pasientsentrert metode gir bedre helse eller andre gunstige resultater (for eksempel større pasienttilfredshet) enn ordinær praksis. I en studie der diabetespasienter ble opplært til å være mer aktivt informasjonssøkende, fikk intervensjonsgruppen bedret blodsukkerregulering og færre funksjonsbegrensninger enn kontrollgruppen (37). I en tilsvarende studie oppnådde magesårspasienter som fikk opplæring mindre funksjonsbegrensning enn kontrollpasienter (38), og hypertensive pasienter fikk lavere diastolisk trykk (39).

Mens disse intervensjonene var rettet mot pasienter, fant man i en studie der man lærte leger opp til å spørre mer om pasientenes egne tanker og helseoppfatninger forbedret etterlevelse med henblikk på medisinbruk og en liten, men signifikant, bedring i blodtryksreguleringen (40). En tilsvarende studie hvor leger fikk opplæring i pasientsentrert rådgivning mot røyking, oppnådde man en liten, men signifikant forskjell i røykestopp (12 % mot 9 % i kontrollgruppen) (41, 42).

Gunstige effekter av pasientsentrert tilnærming kan imidlertid ikke bekreftes i andre studier. I en studie med nyoppdagede type 2-diabetikere var endringene i kroppsmasseindeks og triglyseridnivå mer ugunstige, mens psykisk velbefinnende var bedre i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (43). Ingen gruppeforskjeller ble funnet når det gjaldt glykemisk kontroll (43). I en liknende studie med type 2-diabetikere der helsepersonell fikk opplæring i en pasientsentrert forhandlingsmetode bygd på den såkalte transteoretiske modell (44, 45), fant man heller ingen forskjeller mellom gruppene etter to år (46). Denne metoden har vært anvendt i andre klinisk forebyggende settinger, med marginale effekter, i en studie av personer med økt risiko for kransåresykdom (47). I en annen kontrollert studie, som gikk over ett år, av menn som hadde høy totalrisiko for koronarsykdom, ble det ikke funnet forskjeller i risikofaktorer mellom en pasientsentrert og selvstyrt intervensjon og konvensjonell klinisk rådgivning (48).

Moira Stewart og medarbeidere har oppsummert dokumentasjonen på den pasientsentrerte kliniske metode i en oversikt fra 1995 (18). Konklusjonen i deres oversikt er at 16 av 21 observasjons- og intervensjonsstudier viser at pasientsentrert metode bedrer resultatene hva gjelder klinisk utfall (18). Oversikten inkluderer mange studier med positivt resultat der *pasientene* er opplært til å innta en mer aktiv rolle i konsultasjonen. Selv om det *kan* være berettiget å inkorporere slike studier i en pasientsentrert forståelsesramme, vil slike pasientstyrkende intervensjoner inneholde noe mer enn det vi vanligvis forstår med pasientsentrert metode. Metoden er knyttet til *legenes* kommunikasjonsatferd, men slik atferd kan selvfølgelig bare forstås i en relasjonell ramme hvor pasienten øver innflytelse.

Forskning innen den såkalte selvbestemmelsesteorien (self determination theory) synes å dokumentere at atferdspåvirkning som bygger på pasientenes autonome valg er mer effektiv på lengre sikt enn annen rådgivning (49, 50). Befordring og styrking av pasientenes autonomi er sannsynligvis viktig med tanke på prognose og klinisk utfall. Dette aspektet ved klinisk medisin trenger imidlertid avklaring og anerkjennelse også innen tradisjonen pasientsentrert metode.

Diskusjon

Den motstridende dokumentasjon som vi finner i eksperimentelle studier, kan skyldes metodiske og vitenskapsteoretiske begrensninger. I litteraturen om pasientsentrert metode kan konsultasjonen fremstilles i instrumentelle termer som teknikker (18, 51). Konsultasjonen er imidlertid et møte mellom mennesker som i fenomenologisk perspektiv ikke kan forstås instrumentelt, men som en etisk og dialogisk samhandling mellom to individer (3). Relasjonen mellom lege og pasient vil ut fra et slikt syn ikke være objektiviserbar og derfor uegnet for kontrollerte eksperimentelle studier.

I teoretiske artikler om pasientsentrert metode og lege-pasient-kommunikasjon presenteres også et enveis kausalt syn (18, 52, 53): Legens kommunikasjonsferdighet fører til større innsikt og forståelse og dermed større tilfredshet hos pasienten, noe som igjen gir bedre behandlingsresultater. I forskningslitteraturen er det flere «anomalier» som er vanskelige å få til å passe med en slik forståelse. Wartmann og medarbeidere fant at pasienttilfredshet korrelerte negativt med etterlevelse (54). Liknende funn ble gjort av Roter, som fant at pasientene ble mer verbalt aktive og fulgte bedre opp avtaler om kontroll, mens de ble mindre tilfredse med legen (55). Pasienter som fikk en pasientsentrert og selvstyrt intervensjon, var mindre tilfredse med legen, men mer tilfredse med sin egen forebyggende innsats enn kontrollgruppen (56).

Pasienttilfredshet er nøye korrelert med pasientsentrert kommunikasjon i de innledende faser av en konsultasjon, med forståelsen av pasientens perspektiv og anerkjennelsen av dette (35), mens det ser ut til at det motsatte gjelder for tiltaksfasen i en konsultasjon. Spesielt pasienter med fysiske helseproblemer som utsettes for pasientsentrerte tiltak i form av åpne og ikke-styrende forslag i tiltaksfasen, rapporterer betydelig mindre tilfredshet med konsultasjonen enn pasienter som utsettes for en styrende konsultasjonsstil (57). Det er også funnet at dimensjonen befordring (enablement) i en konsultasjon er forskjellig fra mål på pasienttilfredshet (58).

Ifølge Stewart og medarbeidere (18) er det spesielt ferdigheten å «finne felles grunn» i tiltaksfasen som er avgjørende med tanke på gunstig resultat. Det er verdt å merke seg at Stewart og medarbeidere her har en annen forståelse av hva pasientsentrerte tiltak innebærer enn andre forfattere (14, 57). De sistnevnte vil vektlegge åpne og ikke-styrende forslag som uttrykk for pasientsentrert kommunikasjon, mens Stewarts gruppe og andre vektlegger likeverdige forhandlinger der legen tilkjennegir oppfatninger og anbefalinger (14, 59).

Pasientsentrert medisin er utviklet først og fremst med tanke på de tidlige fasene i en konsultasjon: Den diagnostiske fasen med utforskning av pasientens selvforståelse og bekymringer. De aller fleste pasienter ønsker å bli hørt og forstått når de forteller om sine helseplager. Selv om noen pasienter kan ønske seg en mer aktiv rolle i tiltaksavgjørelser, gjelder ikke dette de fleste pasienter i de fleste situasjoner (60).

Den tvetydighet og mangel på entydig dokumentasjon som her er påvist, har sin parallell i psykoterapeutisk forskning (61). Det er vanskelig å dokumentere forskjeller mellom ulike psykoterapeutiske teknikker, da all psykoterapi inneholder felles virksomme elementer, uavhengig av teknikk og teoretisk forankring. Felles forutsetninger ved all virksom terapi synes å være at *både* likhet og ulikhet er til stede. Legen må evne å komme på bølgelengde med pasienten ved empati på det relasjonelle

plan og ved å bekrefte at han/hun har forstått på innholdsplanet. Slik ivaretas likheten. I tillegg må legen representere noe annet, gjennom å tilby omsorg på relasjonsplanet og hjelp til erkjennelsesendring på innholdsplanet (61). En slik tenkning samsvarer godt med moderne etiske fortolkninger av konsultasjonsprosessen og legerollen (62).

Psykoterapeutisk prosessforskning støtter derfor en forståelse av pasientsentrert metode som også tydeliggjør legen i et jevnbyrdig og dialogisk forhold i tiltaksfasen.

Skjervheim og andre fenomenologer advarer imidlertid mot å henvise til formålsrasjonalitet for å begrunne hvordan man skal behandle andre mennesker (3).

Det er derfor viktig å fremholde at vi gjør et humanistisk etisk valg: Det er viktig at legen ser, respekterer og forstår pasienten. Det er imidlertid like viktig at legen har *selvrespekt*. Rollen som omsorgsperson og profesjonell fortolker krever at man er tydelig og trygg som behandler. Dermed kan man oppnå tiltaksforhandlinger bygd på likeverd og dialog.

LITTERATUR

1. Bernard C. Leçons de physiologie experimentale appliquée à la médecine. Paris: Baillière, 1858.
2. Johannessen KS. Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi. Bergen: Sigma, 1985.
3. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug, 1996.
4. Capra F. Vendepunktet. Oslo: Dreyers Forlag, 1986.
5. Popper K. Hva er vitenskap; demarkasjonsproblemet. Fornuft og rimelighet som tenkemåte. Oslo: Dreyer, 1982: 16 – 61.
6. Bateson G. Mind and nature a necessary unity. New York: Bantam Books, 1988.
7. Meador BT, Rogers CR. Person-centered therapy. I: Corsini RJ, red. Current psychotherapies. 2. utg. Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, 1979: 131 – 84.
8. Ginott H. På talefot med barna. Oslo: Gyldendal, 1970.
9. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis. A study of repeat prescriptions in general practice. London: Tavistock Publications, 1970.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129 – 36.
11. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Fam Syst Med 1996; 14: 425 – 33.
12. Meland E. George Engel: en inspirasjonskilde til humanisme i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 568 – 9.
13. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts. London: Tavistock Publications, 1985.
14. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.

15. Lunde IM. Patients' perceptions – a shift in medical perspective. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 98 – 104.
16. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano, 1990.
17. McWhinney IR. Philosophical and scientific foundations of family medicine. I: McWhinney IR, red. *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press, 1989: 43 – 71.
18. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
19. Eriksen TB. Helse i hver dråpe. Innspill om etikk, kunnskap og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
20. Foss L, Rothenberg K. The second medical revolution. From biomedicine to informedicine. Boston: Shambhala Publications, 1987.
21. McDaniel S, Campbell T, Seaburn D. Family-oriented primary care. A manual for medical providers. New York: Springer Verlag, 1989.
22. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. London: Oxford University Press, 1984.
23. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O. «Konsultationslaboratoriet» – trening i klinisk samtale. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 52 – 5.
24. Dysthe O. «Læring gjennom dialog» – kva inneber det i høgare utdanning? I: Dysthe O, red. *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Oslo: Cappelen, 1996: 105 – 35.
25. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical, 1964.
26. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6: 29 – 42.
27. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson C. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract* 1986; 23: 43 – 7.
28. Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med* 1978; 12: 123 – 8.
29. The Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one year prospective study. *Headache* 1986; 26: 285 – 94.
30. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J Royal Coll Gen Pract* 1979; 29: 77 – 82.
31. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968; 42: 855 – 71.

32. Starfield B, Wray CKH, Gross R, Birk PS, D"Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127 – 32.
33. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1984; 19: 167 – 75.
34. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 711 – 6.
35. Hauck FR, Zyzanski SJ, Alemagno SA, Medalie JH. Patient perceptions of humanism in physicians: Effects on positive health behaviors. *Fam Med* 1990; 22: 447 – 52.
36. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990; 7: 28 – 33.
37. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Grank HJL. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448 – 57.
38. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520 – 8.
39. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: 110 – 27.
40. Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med* 1976; 84: 646 – 51.
41. Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 1 – 8.
42. Quirk M, Ockene J, Kristeller J, Goldberg R, Donnelly G, Amick TL et al. Training family practice and internal medicine residents to counsel patients who smoke: improvement and retention of counseling skills. *Fam Med* 1991; 23: 108 – 11.
43. Kinmonth A, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell M. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ* 1998; 317: 1202 – 8.
44. Prochaska JO, Diclemente CC. Common processes of selfchange in smoking, weight control, and psychological distress. I: Shiffman S, Wills TA, red. *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press, 1985: 345 – 63.
45. Stott N, Rollnick S, Rees M, Pill R. Innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Fam Pract* 1995; 12: 413 – 8.
46. Pill R, Stott N, Rollnick S, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to type II diabetic

patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Fam Pract* 1998; 15: 229 – 35.

47. Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999; 319: 943 – 8.

48. Meland E, Lærum E, Ulvik RJ. Effectiveness of two preventive interventions for coronary heart disease risk in primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 57 – 64.

49. Harackiewicz J, Sansone C, Blair L, Epstein J, Manderlink G. Attributional processes in behavior change and maintenance: smoking cessation and continued abstinence. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 372 – 8.

50. Curry SJ, Wagner EH, Grothaus LC. Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 318 – 24.

51. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

52. Ley P. Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance. London: Chapman & Hall, 1988.

53. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-centred interviewing. Part I: Understanding patients' experiences. *Can Fam Phys* 1989; 35: 147 – 51.

54. Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, Palm EA. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Med Care* 1983; 21: 886 – 91.

55. Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs* 1977; 5: 281 – 315.

56. Meland E, Lærum E, Mæland JG. Life style intervention in general practice: effects on psychological well-being and patient satisfaction. *Qual Life Res* 1996; 15: 57 – 64.

57. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990; 301: 968 – 70.

58. Howie J, Heaney D, Maxwell M, Walker J. A comparison of a patient enablement instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract* 1998; 15: 165 – 71.

59. Craenen J, Goedhuys J. Communication for the general practitioner's consultation. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universitet Leuven, 1997.

60. Tones K, Tilford S, Robinson YK. Health care contexts. Health Education. Effectiveness and efficiency. London: Chapman and Hall, 1990.

61. Ekeland T. Mening som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.

62. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221 – 6.

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.