

Kommunikation i sundhedsvæsenet – med fokus på den patientoplevede kvalitet hos voksne og børn/unge

Cand.scient.san. Jette Ammentorp, professor Jan Mainz & professor Svend Sabroe

Kolding Sygehus, Pædiatrisk afdeling, og Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed

Resume

I artiklen belyses centrale kommunikationsproblemer, som voksne patienter og børn/unge oplever i mødet med sundhedsvæsenet, endvidere belyses forhold, der fremmer kommunikationen, og der er en præsentation af studier, hvori effekten af kommunikationskurser er undersøgt. Hyppigst rapporterede problemer er oplevelsen af manglende information og manglende lydhørhed. Kommunikation med børn/unge er et relativt uudforsket område. Der er behov for studier, hvori effekten af kommunikationskurser undersøges i forhold til patienternes udbytte.

Kommunikation mellem patienten og sundhedspersonalet er et vigtigt element i alle faser af det enkelte patientforløb. Kommunikation kan defineres som gensidig informationsudveksling [1], og omfatter både den verbale og den nonverbale kommunikation, som finder sted i det direkte møde mellem patienten og behandleren.

Kommunikationen er en forudsætning for, at patientens symptomer, problemer og bekymringer kan afdækkes som grundlag for forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Kommunikation mellem patienten og sundhedspersonalet er desuden en afgørende betingelse for, at patienten kan opleve kontinuitet i pleje- og behandlingsforløbet [2-4], ligesom den spiller en væsentlig rolle for patientens kompliance af behandlingsplanen [4].

Der findes klare lovmæssige krav på området, hvilket er beskrevet i lov om patienters retsstilling fra 1998. Loven indebærer bl.a., at hver eneste patient i sundhedsvæsenet har krav på:

- at få en fyldestgørende information om sin helbredsstand og sine behandlingsmuligheder
- at være medbestemmende om behandlingsforløbet på et informeret grundlag, hvilket indebærer, at den information, der er givet, også er forstået
- at få indsigt i egen journal og få hjælp til at få forklaret indholdet
- at nærmeste pårørende informeres og inddrages i det omfang, de selv ønsker det

Informationen skal tilpasses modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring og behov. Det indebærer desuden, at patienten kan vælge ikke at modtage information [5]

På trods af de klare lovmæssige krav er utilfredsstillende kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienterne et af de områder, der i de senere år har været genstand for megen opmærksomhed. Utilfredsheden kan aflæses i medierne, i tilfredshedsundersøgelser og i Patientklagenævnets sager; mange sager afspejler, at dårlig kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienten er en væsentlig årsag til, at patienten er utilfreds [6].

For at man skal kunne iværksætte en målrettet indsats, er det vigtigt at afdække, hvilke typer af kvalitetsproblemer der eksisterer, og afdække hvilke konkrete strategier der har betydning for forbedring af kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet.

Formålet med denne oversigtsartikel er på baggrund af litteraturstudier at undersøge, hvilke typer af kommunikationsproblemer der eksisterer, og hvorledes kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten kan forbedres.

Metode og materialer

Der blev foretaget søgninger i Pubmed og Cochrane-databaserne på ordene *communication, interpersonal relations, counseling, outcome assessment, patient satisfaction, priorities og preferences* i forskellig kombination med ordene *paediatrics, adolescent, doctor-child communication, parent-child-provider, intervention and randomized trial*. Resumeer i relaterede titler blev gennemgået og udvalgt. Efterfølgende blev artiklernes litteraturlister gennemgået mhp. eventuelt at finde yderligere relevant litteratur. Kriterierne for udvælgelse af artikler var, at det var *reviews*, metaanalyser eller nationale og internationale studier, der omhandler patienters tilfredshed og patienters prioriteringer i relation til kommunikation med sundhedspersonalet. Kvantitative studier blev kun inkluderet, hvis de omfattede patienter fra flere organisationer. Endvidere blev alle randomiserede undersøgelser af effekten af kommunikationstræning udvalgt.

Resultater

I alt 69 referencer opfyldte ovennævnte relevanskriterier, og de ligger til grund for denne oversigtsartikel. De kvantitative studier er primært benyttet til at afdække de hyppigst beskrevne problemer og patientpræferencer i forbindelse med

kommunikation, mens de kvalitative studier primært er inddraget for både at give en bredere og en mere dybdegående beskrivelse af disse områder.

Hovedparten af de undersøgelser, hvori man beskæftiger sig med patienternes tilfredshed med sundhedsvæsenet, viser, at størstedelen af patienterne er tilfredse. I en metaanalyse af 221 patienttilfredshedsundersøgelser anslås det, at andelen af patienter, der er tilfredse ligger på ca. 80% [7]. Kommunikation mellem sundhedspersonalet og patienterne er det område, der generelt vurderes lavest.

Hvilke problemer oplever patienterne i kommunikationen med sundhedspersonalet?

Tablet 1 er en oversigt over en række patientoplevede kommunikationsproblemer, der er belyst i litteraturen. Problemerne er inddelt i fire emneområder, som umiddelbart er fundet logiske, det skal dog understreges, at der kan være en tæt sammenhæng mellem de udvalgte problemer. Der er kun få undersøgelser, der omhandler børn og unges oplevelse af kommunikationen, de er derfor samlet i et særligt emneområde. Emneområderne uddybes herunder.

Mangelfuld information er et af de hyppigst rapporterede kommunikationsproblemer i sundhedsvæsenet [2, 14]. Således vurderede 21% af patienterne på de danske sygehuse, at de fik

for lidt information, mens 14% af patienterne fandt, at indholdet af den mundtlige information var dårlig [8]. Forskellig information fra forskellige læger var et andet hyppigt problem [2]. I de landsdækkende tilfredshedsundersøgelser fra 2002 og 2004 angav 17% af patienterne, at der ikke var overensstemmelse mellem den information, de fik fra forskellige kilder [8, 9].

Mangel på omsorg og lydhørhed er rapporteret i både nationale og internationale studier. I et europæisk studie, hvori man inkluderede patienter fra almen praksis i ti forskellige lande, blev patienterne bedt om at vurdere en række aspekter af behandlingen på en fempunktsskala fra dårlig til udmærket [15]. I den danske del af studiet var 21% af patienterne mindre tilfredse med lægens evne til at lytte til dem. Tilsvarende påviste man i en landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse på sygehuse i 2004, at 10% af patienterne kun i mindre grad eller slet ikke oplevede, at lægen lyttede til deres egen beskrivelse af sygdommen, og en tredjedel af patienterne var ikke helt tilfredse med plejepersonalets lydhørhed over for deres behov [8].

I andre studier har man påvist, at 25% af patienterne ikke blev opfordret til at fortælle om deres bekymringer. De, som fortalte om deres bekymringer, blev afbrudt efter ca. 20 sekunder, enten fordi lægen stillede et uddybende specifikt spørgsmål eller kom med egne udsagn [3]. Patienterne har imidlertid ofte flere forskellige bekymringer, og den rækkefølge, de præsenterer deres bekymringer i, er ikke nødvendigvis relateret til, hvordan de prioriterer dem [3]. I andre undersøgelser har man påvist, at lægen i mindre end halvdelen af tilfældene havde spurgt patienterne, om de havde spørgsmål [11].

Mangel på respekt og medinddragelse hænger nøje sammen med oplevelsen af manglende lydhørhed, men opleves også i andre situationer, f.eks. hvis læger og sygeplejersker ikke har læst journalen inden stuegang og virker uforberede på samtalen, eller hvis de taler hen over hovedet på patienten, og hvis læger og sygeplejersker ikke formår at inddrage patienten i planlægning af behandlingsforløbet [2, 4, 16]. I en landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse på sygehuse i 2004 påviste man, at 18% af patienterne oplevede, at de blev inddraget for lidt, og 25% oplevede, at deres pårørende blev inddraget for lidt [8].

Børn og unges oplevelse af kommunikationen er kun undersøgt i enkelte mindre studier. Resultaterne viser, at de er mindre tilfredse end voksne, at de i mindre grad end forældrene oplever fortrolighed med personalet og i mindre grad oplever, at de bliver lyttet til [21]. I flere studier er det påvist, at 25-50% af de unge oplever, at de ikke kan være fortrolig med deres behandler, og at det ofte resulterer i, at de tilbageholder oplysninger [21]. Observationsstudier af konsultationer med forældre, børn/unge og sundhedspersonale viser, at barnet/den unges involvering i konsultationen mindskes, jo flere voksne der er til stede, og jo yngre barnet er [18]. Kommuni-

Tablet 1. Patientoplevede problemer i forbindelse med kommunikationen mellem patienten og sundhedsprofessionerne opdelt i seks overordnede kategorier. Referencer, hvor problemet omtales, er anført i parentes.

Mangelfuld eller forkert information

Utilstrækkelig information om diagnoser, behandling og efterbehandling [2-4]

Fejlinformation om diagnoser, behandling og efterbehandling [2]

For lidt information [2, 8, 9]

Indholdet af informationen er for dårlig [8, 10]

Manglende overensstemmelse i den information, der gives [2, 8, 9]

Manglende information om planen for behandling og pleje [2, 8, 9]

Forstår ikke de ord, der bruges, eller forstår noget andet ved dem end sundhedspersonalet gør [2, 3, 11, 12]

Manglende information om ventetid [13]

Manglende omsorg og lydhørhed

Bekymringer bliver ikke taget alvorligt [4, 14]

Oplever at der ikke bliver lyttet [2, 8, 15]

Får ikke mulighed for at fortælle om alle bekymringer [3, 16]

Sundhedspersonalet viser ikke forståelse for situationen [4, 14, 15]

Oplever at følelser bliver ignoreret [2, 17]

Bliver efterladt i ensomhed i situationer, hvor der skal træffes et valg [2]

Mangel på respekt og medinddragelse

Sundhedspersonalet er utilstrækkeligt forberedt på samtalerne [2, 3, 16]

Oplever at blive afbrudt eller afvist [2]

Oplever at aftaler om samtaler ikke overholdes, uden at der informeres herom [2]

Har oplevet brud på tavshedspligten [8, 11]

Bliver inddraget for lidt i beslutninger [8, 11]

Pårørende blev inddraget for lidt i beslutninger [8]

Børn og unges oplevelse af kommunikationen

Informationen og kommunikationen er mest rettet mod forældrene [18-20]

I forhold til forældrene er børn/unge mindre tilfredse, oplever i mindre grad fortrolighed og at blive lyttet til [21]

Oplever ikke at de kan være fortrolige over for deres behandler [21]

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

kationen er ofte mest rettet mod forældrene [18-20], og ved slutningen af konsultationen er det op til 90-95% af børnene/de unge, der ikke deltager i kommunikationen [19].

Hvad er vigtigt for patienterne?

At ovennævnte områder må betragtes som væsentlige indsatsområder understreges af, at det netop er disse forhold, der prioriteres højest af patienterne (**Tabel 2**). Således var fyldestgørende information og lydhørhed et af de områder, der blev prioriteret højest i den tidligere omtalte europæiske undersøgelse [26]. Resultaterne af andre undersøgelser peger på, at det er vigtigt at behandleren indtager en aktiv lyttende rolle. Således efterlyser patienterne en mere direkte invitation til at fortælle om deres bekymringer [16, 21]. Gør sundhedspersonalet det, præsenterer patienterne flere bekymringer [24].

Tillid til behandleren er et andet højt prioriteret område [23]. Tillid er en væsentlig prædikator for den generelle tilfredshed med kommunikationen [27], og tilsyneladende er det også en vigtig forudsætning for at opnå et tilfredsstillende behandlingsresultat [25].

Den adfærd, der er mest relateret til oplevelsen af tillid, er en omsorgsfuld støttende adfærd, der sikrer, at patienten får svar på sine spørgsmål, og en adfærd, der opleves som kompetent, samtidig med at patienten tages alvorligt, og der vises respekt [25].

Disse højt prioriterede krav til kommunikationen svarer nøje til de områder, der i flere studier har vist sig at have en afgørende betydning for patientens udbytte af kommunikation [3, 4, 13]. Kravene beskriver en kommunikationsadfærd, der i en del af litteraturen beskrives som patientcentreret kommunikation. Den er kendetegnet ved, at sundhedspersonalet:

- aktivt udforsker patientens oplevelser, bekymringer, ideer, forventninger, behov og følelser
- viser forståelse for patientens situation i dennes unikke kontekst
- opnår en fælles forståelse af patientens problemer og af behandlingsplanen
- involverer patienterne i beslutningerne, i den udstrækning de ønsker det [28]

Hvorledes kan kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten forbedres?

Kommunikationsforbedrende aktiviteter kan rettes mod såvel sundhedspersonalet som patienterne. De interventioner, der har været rettet mod patienterne, har alle haft til formål at øge patientens deltagelse i konsultationen ved hjælp af bl.a. udlevering af skriftligt informationsmateriale, instruktion og fremvisning af videooptagelser. Resultaterne er ikke entydige, men de tyder på en vis positiv effekt af sådanne interventioner [29]. I denne artikel uddybes de interventionsstudier, der har været rettet mod sundhedspersonalet. **Tabel 3** er en oversigt over ni

Tabel 2. Områder, som patienterne vurderede som vigtige i kommunikationen med læger og sygeplejersker, opdelt i seks kategorier. Referencer, hvor prioriteringerne undersøges, er anført i parentes.

Fyldestgørende information

- Højt informationsniveau [22]
- Sproget skal være forståeligt [16]
- Der skal foreligge en fagligt velovervejet plan [16]
- Det skal være få læger og sygeplejersker, der tager sig af den overordnede information og kommunikation [23]

Lydhørhed og omsorg

- Den praktiserende læge bør have tid nok til at lytte og forklare [24]
- Behandleren skal indtage en aktiv lyttende rolle [23]
- Behandleren skal vise interesse for hele livssituationen [22]
- Personalet skal have kendskab til patientens situation, forestillinger og bekymringer [22]
- Behandlerne skal tage patientens følelser alvorligt [23]

Tillid

- Behandleren skal opleves som kompetent [23]
- Patienten skal have tryk og tillid til behandleren [16]

Respekt og medinddragelse

- Tavshedspligten skal overholdes [22, 25]
- Patienten skal tages alvorligt og vises respekt [16, 22]
- Patienten skal føle sig medinddraget [4]

randomiserede interventionsstudier, hvis formål var at undersøge effekten af kommunikationskurser til sundhedspersonalet. Omfanget af kurserne varierede fra fire timer til fem dage. Der blev anvendt forskellige pædagogiske metoder, og emner som eksempelvis kommunikationsteknikker, den motive-rende samtale, samtale med den alvorligt syge og struktur på konsultationen blev vægtet forskelligt. Fælles for studierne var imidlertid det patientcentrede perspektiv, idet de alle indeholdt grundlæggende principper, som bl.a. bestod af aktiv lytning, fremhævelse af patientens historie, styrkelse af patientdeltagelse i beslutningsprocessen m.m.

I otte ud af ni undersøgelser blev der foretaget en proces-evaluering, idet man undersøgte, om der kunne påvises adfærdsmæssige ændringer hos det sundhedspersonale, der havde modtaget kommunikationstræning. I disse undersøgelser blev resultaterne målt ved hjælp af videooptagelser eller båndoptagelser af konsultationerne, hvorefter båndene blev afkodet ved hjælp af validerede afkodningsmetoder [30-32, 34-38].

I fire af studierne blev der foretaget en effektevaluering, idet man undersøgte patienternes udbytte i form af bl.a. højere tilfredshed med konsultationen, flere indfrie-de forventninger, bedre kompliance og reduktion af følelsesmæssig stress [30, 33, 34, 37]. I en af disse undersøgelser oplevede interventionsgruppens patienter signifikant flere indfrie-de forventninger end kontrolgruppens patienter [33]. I en anden undersøgelse oplevede interventionsgruppens patienter mindre følelsesmæssig stress end kontrolgruppens patienter [34]. I de refererede undersøgelser var det ikke muligt at registrere nogen forskelle mellem interventions- og kontrolgruppens compliance eller den generelle tilfredshed [30, 33, 37].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Diskussion

Gennemgangen af litteraturen har vist, at hovedparten af patienterne var tilfredse med kommunikationen med sundhedspersonalet. De problemer, der afdækkes, peger imidlertid på, at der er væsentlige kommunikationsproblemer, der prioriteres højt af patienterne. Der efterlyses bl.a. mere fyldestgørende information, mere lydhørhed og større inddragelse af patientens perspektiv.

Der er kun søgt efter dansk- og engelsksprogede artikler, og da kommunikation må betragtes som kulturafhængig, skal man være opmærksom på, at resultaterne kunne se anderledes ud, hvis det havde været muligt også at søge på andre sprog.

Oversigten er begrænset til at beskrive patienternes oplevelse af sundhedspersonalets kommunikation, og man har

ikke forholdt sig til, hvad der i øvrigt har indflydelse på patientens oplevelse af kommunikation, som f.eks. patientens erfaringer fra tidligere indlæggelser, forventninger eller ydre omstændigheder, som f.eks. hvor samtalen finder sted m.m. [39].

Resultaterne af de kvantitative patienttilfredshedsundersøgelser skal vurderes i lyset af de validitetsproblemer, der ofte er forbundet med denne metode, hvor bl.a. lave svarprocenter og generelt formulerede spørgsmål øger risikoen for selektions- og informationsbias [40].

I vurderingen af de interventionsstudier, der fremgår af Tabel 3, skal der tages højde for, at validiteten af de enkelte studier varierer. Alle ni studier er randomiserede undersøgelser, og de er derfor til en hvis grad beskyttet mod konfounding. Dette gælder især for studierne med de største

Tabel 3. Oversigt over fire karakteristika ved randomiserede interventionsstudier, hvori formålet har været at undersøge effekten af kommunikationstræning til læger og sygeplejersker.

Reference	Intervention	Evalueringmetode	Udfald	
			personalets adfærd	patienternes udbytte
Shilling, Fallowfield, 2003 [30]	3 dages kommunikationstræning, 160 onkologer inkluderet	Videoptagelser af konsultationer Spørgeskemaer	Interventionsgruppen brugte flere åbne spørgsmål, var bedre til at respondere på patienternes bekymringer og afbrød ikke så ofte	Ikke muligt at påvise højere tilfredshed hos interventionsgruppens patienter
Van Dulmen, 2000 [31]	5 dages kommunikationstræning, 21 pædiatere inkluderet	Videoptagelse af konsultationer	Interventionsgruppen stillede flere psykosociale spørgsmål, så mere på barnet og forældrene. Gav forældre og børn mere rum til at tale	Ikke undersøgt
Langewitz, 1998 [32]	22,5 timers kommunikationstræning over en periode på 6 mdr., 42 medicinske læger inkluderet	Videoptagelser af simulerede konsultationer	Interventionsgruppen havde forbedret en række kommunikative færdigheder, bl.a. indhentede de mere information fra patienten	Ikke undersøgt
Joos, 1996 [33]	4,5 timers kommunikationstræning, 42 medicinske læger inkluderet	Spørgeskema	-	Interventionsgruppens patienter oplevede flere indfrie forventninger Kunne ikke påvise bedre kompliance eller tilfredshed
Roter, 1995 [34]	4 timers kommunikationstræning, 69 praktiserende læger inkluderet	Videoptagelse af simulerede konsultationer Spørgeskema	Interventionsgruppen havde forbedret en række kommunikative færdigheder, bl.a. var de bedre til at klarlægge problemer og bedre til at drøfte psykosociale forhold	Interventionsgruppens patienter oplevede mindre følelsesmæssig stress
Levinson, 1993 [35]	4,5 timers og 2,5 dages kommunikationstræning. Henholdsvis 31 og 20 praktiserende læger inkluderet	Båndoptagelser af konsultationer	Ingen effekt i gruppen der havde modtaget 4,5 timer. Den anden gruppe stillede flere åbne spørgsmål, spurgte hyppigere om patientens mening og gav mere medicinsk information end kontrolgruppen	Ikke undersøgt
Razavi, 1993 [36]	24 timers kommunikationstræning, 22 onkologiske sygeplejersker inkluderet	Videoptagelse med simulerede patient-samtaler	Interventionsgruppen havde mere kontrol over samtalen, men ellers meget begrænset effekt	Ikke undersøgt
Putnam, 1988 [37]	4 timers kommunikationstræning, 19 medicinske læger inkluderet	Båndoptagelser af konsultationer. Telefoninterview med patienter	Interventionsgruppens kommunikation var forbedret i forhold til bl.a. information til patienten og inddragelse af patienten	Ikke muligt at påvise en helbredsmæssig effekt
Maguire, 1986 [38]	5-7 dages kommunikationstræning, 36 medicinstuderende inkluderet	Videoptagelser af simulerede konsultationer	Interventionsgruppen kunne bl.a. af-dække flere af patientens problemer, var bedre til at stille åbne spørgsmål og til at tale om følelsesmæssige aspekter	Ikke undersøgt

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

studiepopulationer. Den mest iøjefaldende forskel mellem studierne er varigheden af interventionen, som varierer fra fire timer til syv dage. Med kun få timers påvirkning af interventionsgruppen må sandsynligheden for, at der kan opnås målbar resultater, anses for at være meget lille. I otte ud af ni studier er det primære udfald et procesmål. Kun i fire af studierne har man undersøgt resultatmål ved at spørge patienterne. I et af de større og veludvalgte studier, hvor interventionen var af tre dages varighed, var det ikke muligt at påvise en signifikant højere tilfredshed i interventionsgruppen [30]. Spørgsmålet er, om der ikke har været forskel i patienternes oplevelser i de to grupper, eller om det ikke har været muligt at måle det med det anvendte måleredskab. Artiklen peger på det forhold, at behandlerens adfærd kan have ændret sig (procesmålet), uden at den enkelte patient har oplevet større tilfredshed (resultatmålet). Man anbefaler derfor, at der i fremtidige træningsprogrammer mere specifikt fokuseres på de enkelte målgruppens behov for kommunikation. Endelig peges der på det forhold, at tilfredshed formentlig ikke er det mest optimale effektmål, bl.a. fordi andre forhold, som f.eks. ventetiden viste sig at have en væsentlig indflydelse på tilfredsheden og derfor kan have optrådt som konfounder [30].

Oversigten viser, at en række af de kommunikationsproblemer, der afdækkes, nøje svarer til de områder, der prioriteres højt af patienterne, hvorfor disse problemer må betragtes som væsentlige indsatsområder.

Kun i få studier har man beskæftiget sig med de enkelte patientgruppers behov og med deres prioriteringer. Således er kommunikationen med børn og unge et relativt udforsket område. De problemer, der afdækkes i kommunikationen med børn/unge, skal imidlertid ses i lyset af, at der inden for pædiatrien tilsyneladende er nogle generelle problemer med kompliance [10, 12, 17]. Her spiller kommunikationen med sundhedspersonalet en meget vigtig rolle for, hvordan barnet/den unge evner at takle sygdommen og de anbefalinger, der følger med. I den forbindelse er tillid til behandleren og oplevelsen af gensidig respekt afgørende for compliance med behandlingsregimenet [17].

De kompetencer, der efterspørges hos sundhedspersonalet, svarer til de kompetencer, der er samlet under begrebet patientcentreret kommunikation. Det er en række kvalitetskrav, der hver især bidrager til kommunikation af høj kvalitet. Kvalitetskravene understøttes af forskning, hvori man har påvist, at det netop er disse delelementer af adfærd, der har betydning for patienttilfredsheden, for compliance og i nogle tilfælde også for det helbredsmæssige udbytte [3, 4, 13, 22].

Kvalitetskravene kan bl.a. anvendes i forbindelse med formuleringen af indholdet til undervisning af sundhedspersonalet i kommunikation og til at definere det ønskede udbytte af undervisningen. Endelig kan de bruges til at udpege relevante og videnskabeligt dokumenterede effektmål til monitorering af den patientoplevede kvalitet af kommunikationen [28].

Der foreligger således en del viden om, hvilke kommunikative kompetencer der efterspørges hos sundhedspersonalet. Imidlertid er metoderne til forbedring af kommunikationen kun sparsomt evalueret, og der er et stort behov for veludvalgte undersøgelser, hvori indsatsen tilpasses de specifikke patientgrupper, og effekten af kommunikationskurserne undersøges i forhold til patienternes udbytte.

Korrespondance: *Jette Ammentorp*, Skullebjerg Alle 33, DK-7000 Fredericia.
E-mail: ammentorp@tdcadsl.dk

Antaget: 22. januar 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak til de organisationer der har støttet projektet. Undersøgelsen er en del af et ph.d.-projekt, der er finansieret af Vejle Amt. Derudover er der modtaget støtte fra Dansk Sygeplejeråd, Kolding og Fredericia Sygehus og Center for Udvikling og Uddannelse Vejle Amt.

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Elsass P. Sundhedspsykologi. København: Gyldendal, 1993.
2. Mainz J. Problemløsning og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 1996.
3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd, 1998.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. Patient-Centered Medicine. Second edition. Cornwall: Radcliffe Medical Press Ltd, 2003.
5. Lov om patienters retsstilling. Lov nr. 482 af 1. juli 1998.
6. Om patientklager. Sundhedsstyrelsens årsrapport. København: Patientklagenævnet, 1996.
7. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-9.
8. Enheden for Brugerundersøgelser. Den Landsdækkende Undersøgelse for Patienttilfredshed 2004. København: Amdradsforeningen, H:S og Sundhedsministeriet, 2005.
9. Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002. København: Amdradsforeningen, H:S og Sundhedsministeriet, 2003.
10. Chesson RA, Chisholm D, Zaw W. Counseling children with chronic physical illness. *Patient Educ Couns* 2004;55:331-8.
11. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004;291:2359-66.
12. Colland VT, van Essen-Zandvliet LE, Lans C et al. Poor adherence to self-medication instructions in children with asthma and their parents. *Patient Educ Couns* 2004;55:416-21.
13. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract* 2000;49:796-804.
14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL et al. The doctor-patient relationship and malpractice. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-70.
15. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
16. Christensen J, Gjersøe P, Lund K et al. Den gode medicinske afdeling. *Ugeskr Læger* 2002;164:4437-40.
17. Dimatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns* 2004;55:339-44.
18. Pyrala E. The participation roles of children and adolescents in the dietary counseling of diabetics. *Patient Educ Couns* 2004;55:385-95.
19. Dulmen van AM. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics* 1998;102:563-8.
20. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. *Soc Sci Med* 2001;52:839-51.
21. Farrant B, Watson PD. Health care delivery: perspectives of young people with chronic illness and their parents. *J Paediatr Child Health* 2004;40:175-9.
22. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM et al. Doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
23. Mainz J, Vedsted P, Lauritzen T. Hvordan prioriterer de alment praktiserende læger ydelserne i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2003;48:4653-7.
24. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283-7.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

25. Dellholm-Lambertsen B. Upstairs and downstairs. Parents', doctors' and nurses' understanding and evaluation of quality related to the hospitalisation and treatment of children who are acutely ill. Århus: Research unit for general practice, 1999.
26. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;1:4-11.
27. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998;15:480-92.
28. Epstein RM, Franks P, Fiscella K et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61:1516-28.
29. Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors. a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns* 2004;52:7-16.
30. Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psycho-Oncology* 2003;12:599-611.
31. Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr* 2000;159:489-95.
32. Langewitz WA, Eich P, Kiss A et al. Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998;60:268-76.
33. Joos SK, Hicken DH. Effects of an physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996;11:147-55.
34. Roter D, Hall JA, Kern DE et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-84.
35. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993;8:318-24.
36. Razavi D, Delvaux N, Marchal S et al. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised trial. *Eur J Cancer* 1993;29A:1858-63.
37. Putnam SM, Stiles WB, Jacob MC et al. Teaching the medical interview: an intervention study. *J Gen Intern Med* 1988;3:38-47.
38. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors. I. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J* 1986;292:1573-6.
39. Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S. Determinates of satisfaction with paediatric care. *Pediatric Nursing* 2006 (i trykken).
40. Rubin HR. Patient evaluations of hospital care. *Med Care* 1990;28:3-9.

Lægemiddelstyrelsen

Tilskud til lægemidler

Lægemiddelstyrelsen meddeler, at der pr. 11. september 2006 ydes generelt tilskud efter sygesikringslovens § 7 til følgende lægemidler:

(B-01-AC-30) Aggrenox depotkapsler*, Orifarm A/S
(G-03-HA-01) Androcur tabletter*, Paranova Danmark A/S
(C-09-DA-03) Diovan Comp*, Singad Pharma ApS
(R-03-BB-01) Ipratropiumbromid »Arrow« inhalationsvæske*, Arrow Pharma ApS
(R-03-BA-02) Pulmicort Turbuhaler inhalationspulver*, 2care4 ApS
(R-03-AC-02) Salbutamol »Arrow« inhalationsvæske*, Arrow Pharma ApS

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 11. september 2006.

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.