

Kronikk

Måling av pasientsentrert kommunikasjon

Når ein skal måle om konsultasjonar er pasientsentrerte, blir det brukt metodar som er utbreidde innan kvantitativ forskning om klinisk kommunikasjon. Ved to slike metodar, Roter interaction analysis system (RIAS) og Verbal response mode (VRM), blir dei verbale ytringena til både legen og pasienten koda og talt som handlingar av bestemte typar, og frekvens og fordeling av dei kan gje eit relevant utgangspunkt for vurderinga. Både verktøy har likevel veikskapar i høve til å fange opp sider ved kommunikasjonsbidraget til pasienten. Kvalitative tilnærmingar, som konversasjonsanalyse og diskursanalyse, kan fungere som korrektiv til metodane.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 3080

Torjus Midtgarden

torjus.midtgarten@ifikk.uio.no
 Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie
 og klassiske språk
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1020 Blindern
 0315 Oslo

«Pasientsentrert kommunikasjon» har gjennom fleire tiår blitt utvikla som eit normativt omgrep for bruk i opplæring og behandling (1, 2). Det har òg blitt brukt for å undersøke om bestemte konsultasjonsstilar faktisk slår ut i pasientvelnøye og helseresultat. I høve til slike empiriske undersøkingar oppstår det eit metodologisk problem (3) – omgrepet får her ein deskriptiv funksjon i undersøkingar der ein nyttar metodar henta frå kvantitativ forskning på klinisk kommunikasjon, men desse

metodane legg ikkje sjølve til grunn nettopp dei moment som definerer omgrepet om pasientsentrert kommunikasjon. Det er difor behov for ei kritisk vurdering av dei deskriptive verktøya til dei aktuelle metodane. Ei slik kritisk vurdering føreset likevel i sin tur at omgrepet «pasientsentrert kommunikasjon» i det heile kan fyllast med eit tilstrekkeleg presist deskriptivt innhald.

Som utgangspunkt for ei kritisk vurdering av to utbreidde kvantitative metodar vel eg ein operasjonell definisjon av omgrepet som nyleg er blitt sett fram av Epstein og medarbeidarar (4). Etter denne definisjonen omfattar pasientsentrert kommunikasjon fire moment:

- Framkalling og forståing av pasientens perspektiv – uro, førestellingar, forventningar, behov, kjensler og funksjonsmåtar
- Forståing av pasienten i hans eller hennar unike psykososiale kontekst
- Oppnåing av felles forståing av problemet og av behandlinga slik at den siste er i samsvar med pasientens verdiar
- Hjelpa pasienten til å dele makt og ansvar ved å involvere pasienten i den utstrekning pasienten sjølv ønsker det

Roter interaction analysis system (RIAS)

Debra Roter har utvikla systemet (RIAS-metoden) for å analysere nettopp klinisk kommunikasjon (5). Ved RIAS-metoden blir dei verbale ytringane til legen og pasienten koda (dvs. beskrive) og talt som handlingar av bestemte typar. Dei aktuelle handlingstypene blir sorterte innan to hovudgrupper for sosioemosjonell og problemløysande utveksling, og dei fleste (men ikkje alle) undergruppene gjeld for både legen og pasienten.

På grunnlag av kodinga blir det gjeve ei statistisk framstilling av førekomstane av dei verbale handlingstypene innan eit empirisk materiale. På forklaringsnivået kan ein ut ifrå ei slik framstilling jamføre førekomstane av verbale handlingstypar for både partar for å kunne seie noko om statistiske og eventuelle kausale samanhengar, t.d. om graden av samsvar mellom legens sosioemosjonelle stadfesting av pasienten og pasientens ytring av uro over eigen helsetilstand (jf. det første momentet innan definisjonen av pasientsentrert kommunikasjon ovanfor). RIAS-metoden har også vist seg nyttig for kartlegging av graden av domi-

nans i lege-pasient-forholdet målt ut ifrå kven som stiller flest spørsmål (jf. det fjerde momentet innan definisjonen ovanfor), og Roter har utvikla måtar å intervensere på ved å lære pasientar å stille fleire spørsmål (6).

Kritisk vurdering

Det kan reisast kritikk mot sjølve klassifikasjonen av dei aktuelle handlingstypene. Sjølv om den er empirisk basert i eit stort datamateriale, gjev Roter inga analytisk grunngeving i form av overordna prinsipp for klassifikasjon (bare intuitivt baserte metakategoriar – «sosioemosjonell» og «oppgåvefokuset utveksling»). Dette er uheldig for den intersubjektive statusen til resultatane frå forskning basert på RIAS-metoden: Korleis skal ein kunne jamføre slik forskning med forskning på klinisk kommunikasjon som nyttar andre kodingskategoriar, korleis skal ein vidare kunne jamføre forskning basert på RIAS-metoden med kommunikasjonsforskning utanfor det kliniske feltet? Dette siste momentet er relevant for vurderinga av om RIAS-metoden eignar seg til å måle graden av pasientsentrert kommunikasjon. Pasienten er ein ikkje-spesialisert kommunikativ aktør og slik målberar av livsverdas stemme (7). For å beskrive korleis pasienten uttrykker si sjukdomsoppleving med bakgrunn i ei unik psykososial kontekst (jf. det andre momentet i definisjonen ovanfor), er det relevant å kunne jamføre med forskning på kommunikasjon utanfor den kliniske konteksta. Ei slik jamføring er viktig for å kunne seie noko om aktørane endrar kommunikativ åtferd når dei blir del av ei klinisk kontekst.

Kodingskategoriane som RIAS-metoden nyttar er meint å vere sensitive i høve til den kliniske konteksta ved at nokre kategoriar er spesifiserte bare for legens ytringar. Eit døme: I eit svar (8) på ein kritikk sett fram av Sandvik og medarbeidarar (9) forsvarer Roter at bare legens ytringar skal kodast ved kategorien for «back-channels», dvs. minimale ytringar («OK», «akkurat», «mmm...») som indikerer merksam lytting, interesse eller oppmuntring når den andre har ordet. Roter viser til at pasientar generelt vil trenge slike handlingar frå legens side i ei anna utstrekning enn legen vil trenge det frå pasienten, og at tilsvarende ytringar i pasientens munn har ein annan funksjon – desse uttrykker snarare positiv forståing og semje.

Sandvik og medarbeidarar (9) hevder derimot at slike ytringar både for lege og pasient kan sjåast på som signal for ulike måtar å tolke og vurdere den andres ytring på. Slik McNeilis har peika på, kan pasientens minimale ytring tyde ««I've heard you», but not necessarily that «I understand»» (10). Vi ser at Roters asymmetriske koding av minimale ytringar kan få uheldige konsekvensar for målinga av pasientsentrert kommunikasjon. Viss pasientens minimale ytringar ved drøfting av behandlingsform i tiltaksfasen konsekvent blir koda som positiv forståing og semje, kan det vanskeleg fangast opp viss samtalekonteksta gjer det klårt at pasienten ikkje bare signaliserer merksam lytting, men òg mangel på forståing eller endå motvilje (jf. det tredje momentet i definisjonen ovanfor). Det kan slik heller ikkje fangast opp om og korleis legen responderer på slike signal.

Verbal response mode (VRM)

VRM-metoden er blitt utvikla av William B. Stiles innan ein psykoterapeutisk tradisjon (11, 12). Den har eit sett kodingskategoriar for både klinisk og ikkje-klinisk kommunikasjon der alle kategoriane gjeld for baa partars ytringar. VRM-metoden legg til grunn tre prinsipp for klassifikasjon av i alt åtte typar verbale handlingar (tab 1):

- Kven si erfaring er tema og opphav for ytringa?
- Gjer talaren krav på å vite noko om lyttaren si erfaring?
- Kven si referanseramme blir lagt til grunn for ytringa?

Når t.d. ei ytring blir koda som eit spørsmål, er det lyttarens erfaring som er tema/ opphav. Talaren gjer ikkje krav på å ha kunnskap om lyttarens erfaring, bare si eiga, men det er talarens referanseramme som blir lagt til grunn.

VRM-metoden blir ikkje brukt bare for å kartlegge korleis dei ulike typane handlingar er fordelte på lege og pasient, ein har også undersøkt korleis handlingstypane er grupperte parvis og markerer interaksjonsmønster i konsultasjonens ulike fasar (13, 14). Ei slik undersøking kan i sin tur seie noko om kommunikasjonen er lege- eller pasientsentrert (13), særleg med tanke på kven si referanseramme som blir lagt til grunn for dei handlingar som utgjer slike mønster (jf. det tredje momentet i defini-

sjonen ovanfor). På grunnlag av slike undersøkingar kan råd gjevast om korleis kommunikasjon kan gjerast meir pasientsentrert ved å opne for ei forhandling om i kor stor grad pasientens livsverdsforankra (versus legens biomedisinske) referanseramme skal gjelde for konsultasjonens ulike fasar.

Kritisk vurdering

Stiles gjennomfører ei dobbel koding, der han skil mellom ei ytrings grammatiske form og ytringas formål («intent») (12). Det er den siste kodinga som er den sentrale. For at eit formål skal spele ei rolle for kodinga, skal det ha offentleg karakter, ikkje skjult som ved manipulasjon. Dette har både metodologisk relevans med tanke på eit mogleg samsvar mellom lyttars og kodars oppfatning av ytringa, og det viser samstundes at VRM-kategoriane gjeld for intersubjektive handlingar (12) – handlingar som prinsipielt krev ein medaktør som er i stand til å forstå kva slags handling som er utført.

Den intersubjektiviteten som blir lagt til grunn, er likevel primært av reint kunnskapsteoretisk natur. Det er prinsipielt mogleg for både lyttar og kodar å vite kva det kommunikative formålet med ei ytring er. Spørsmålet etter ytringas formål har som føresetnad at det er slutningar om talarens intensjon som avgjer spørsmålet om kva for handling som blir utført i og med ytringa. Korleis ytringa faktisk blir oppfatta av lyttar og korleis denne oppfatninga blir vist gjennom verbal, paraverbal eller ikkje-verbal respons, blir her sekundært, slik det også blir det ved RIAS-koding. Dette får konsekvensar for måling av pasientsentrert kommunikasjon.

Ved VRM-koding er (slutningar om) talarens intensjon tilstrekkeleg for bestemming av kven si referanseramme som gjeld for ytringa, (slutningar om) talarens intensjon avgjer t.d. om ei ytring skal oppfattast som ein refleksjon (lyttars referanseramme) eller som ein interpretasjon (talars referanseramme). Stiles si individualpsykologiske forankring av verbale ytringars handlingsmening reiser tvil om kor adekvat VRM-metoden er for analysa av pasientens og legens forhandling om kva referanseramme som skal gjelde innan dei ulike fasane av ein konsultasjon (jf. det tredje momentet av definisjonen). Det individualpsykologiske utgangspunktet kan undergrave snarare enn

opne for studier av korleis ei slik forhandling kan skje gjennom samarbeid og deling av makt og ansvar (jf. det fjerde momentet av definisjonen).

Kvalitative tilnærmingar som korrektiv

Kvalitative tilnærmingar kan fungere som korrektiv for RIAS- og VRM-metodene. Ved kvalitative tilnærmingar blir ikkje verbale ytringar koda og talt i eit omfattande empirisk materiale – ein fingranskar snarare ein bestemt konsultasjon med tanke på korleis lege og pasient nettopp her koordinerer sin aktivitet gjennom strukturerte sekvensar av ytringar. Konversasjonsanalyse (conversation analysis) har blitt utvikla som metodisk verktøy for å beskrive korleis ytringar får mening og status som handlingar gjennom sekvensar av talarskifte (speaker turns), både lyttarens respons og den opphavelige talarens neste ytring blir her viktige for å klårlegge den opphavelige ytringas status som handling. Ei slik tilnærming er nyttig i undersøkinga av kva for referanseramme som gjeld i dei ulike fasane av ein konsultasjon. I høve til psykoterapeutiske samtaler har det t.d. blitt vist korleis terapeutens forslag til reformulering av klientens problempresentasjon virkar ved at dei steg for steg får klienten til å akseptere ei viss referanseramme for den vidare samtala (15, 16). Med andre ord – spørsmålet om terapeutens ytring er (i VRM-terminologi) ein refleksjon (klientens referanseramme) eller ei fortolking (terapeutens referanseramme), er også avhengig av klientens respons. Ved å vise korleis ytringar først får mening som sosiale handlingar i sekvensar av talarskifte, kan denne tilnærminga ha overføringsverdi og virke som eit korrektiv til VRM-metodens individualpsykologisk funderte kodepraksis.

Diskursanalyse (disourse analysis) trekker også inn samtala sosiale kontekst: Data om talarens kjønn og sosiale status og data om institusjonell kontekst blir her med på å bestemme kva som blir gjort gjennom det som blir sagt. Denne tilnærminga har opna for undersøkingar av korleis allmennlegen responderer på kvinnelege pasientars presentasjon av helseplager (17), og av korleis omgrepet om pasientautonomi kan analyserast innan rammene av ein dialog mellom pasienten, hennar lege og hennar pårørande (18). Gjennom sin sensitivitet for sosial kontekst er diskursanalyse særleg eigna til å kartlegge korleis maktrelasjonar blir etablert gjennom språket. Gjennom sin studie har Ainsworth-Vaughn (19) vist korleis pasientar direkte og indirekte krev makt og medverknad gjennom verbal handling – dette skjer særleg ved at dei introduserer eigne tema i samtala og ved deira ulike måtar å stille spørsmål på. Ved å fingranske korleis pasientars reiser krav om makt, og ved å vise at slike krav blir målbore og mot-

Tabell 1 VRM-metodens klassifikasjon av i alt åtte typar verbal handling (12)

Kven si efaring er tema og opphav?	Kven si erfaring gjer talaren krav på å vite noko om?	Kven si referanseramme?	
		Den andre	Talaren
Den andre	Den andre	Refleksjon	Fortolking
Den andre	Talaren	Anerkjening	Spørsmål
Talaren	Den andre	Stadfesting	Rådgeving
Talaren	Talaren	Opplysing	Gje seg til kjenne

tatt innan sekvensar av koordinert verbal aktivitet, gjev studien døme på måtar å beskrive deling av makt og ansvar på (jf. det fjerde momentet i definisjonen) som går utover RIAS- og VRM-metodenes koding og teljing på dette punktet. Denne observasjonen er ikkje meint som noko generell diskvalifisering av RIAS- og VRM-metodene qua kvantitative metodar, observasjonen stør snarare vurderinga at kvantitative og kvalitative tilnærmingar til klinisk kommunikasjon kan komplettere og korrigere kvarandre ved å fylle dels ulike deskriptive og eksplanatoriske behov (20).

Manuskriptet ble godkjent 7.9. 2005.

Litteratur

1. McWhinney IR. The need for a transformed clinical method. I: Stewart M, Roter D, red. Communicating with medical patients. London: Sage, 1989.
2. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1984.
3. Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 51–61.
4. 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.
5. Roter D. The Roter method of interaction process analysis. <http://www.rias.org/manual.html> (8.4.2005).
6. Roter D. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of the interaction, satisfaction, and compliance. *Health Educ Monogr* 1977; 5: 281–315.
7. Mishler E. The discourse of medicine. Norwood, NJ: Ablex, 1984.
8. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 243–51.
9. Sandvik M, Eide H, Lind M et al. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Educ Couns* 2002; 46: 235–41.
10. McNeilis KS. Analyzing communicative competence in medical consultations. *Health Commun* 2001; 13: 5–13.
11. Stiles WB. Manual for a taxonomy of verbal response modes. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill, 1978.
12. Stiles WB. Describing talk: a taxonomy of verbal response modes. London: Sage Publications, 1992.
13. Stiles WB, Putnam SM. Verbal exchanges in medical interviews: concepts and measurement. *Soc Sci Med* 1992; 35: 347–55.
14. Putnam SM, Stiles WB. Verbal exchanges in medical interviews: implications and innovations. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1597–604.
15. Davis K. The process of problem (re)formulation in psychotherapy. *Sociology of Health and Illness* 1986; 8: 44–74.
16. Beavin Bavelas J, McGee D, Phillips B et al. Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management* 2000; 11: 47–66.
17. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Bergen: Tano, 1990.
18. Nessa J, Malterud K. Tell me what's wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy. *J Med Ethics* 1998; 24: 394–400.
19. Ainsworth-Vaughn N. Claiming power in doctor-patient talk. Oxford: Oxford University Press, 1998.
20. Roter D, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc Sci Med* 1992; 34: 1097–103.