

Den tradisjonelle lege-pasient-rollen kan umyndiggjøre pasienten

Makten og avmakten som ligger i rollene der legen er ekspert og pasienten hjelpetrengende, påvirker kommunikasjonen og samhandlingen under legevisitten.

Forfattere

Elin Saga

Kvalitetsrådgiver og ph.d.-stipendiat
Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold og Universitetet i Sørøst-Norge

Ole Jacob Thomassen

Førsteamanuensis
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap, Handelshøyskolen, Universitetet i Sørøst-Norge

Nøkkelord

Legevisitt

Kommunikasjon

Feltstudie

Makt

Umyndiggjøring

Sykepleien Forskning 2018 13(73845)(e-73845)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73845>

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Kommunikasjon og sosialt samspill under legevisitten har mye å si for hvordan helsepersonellet og brukeren eller pasienten distribuerer makt seg imellom. Vi trenger kunnskap om hvordan de sosiale rollene som henholdsvis lege og pasient virker inn på pasientenes bemyndigelse. Pasientenes medvirkning i helingsprosessen er ikke bare en rettighet, men har også potensielt stor betydning for utfallet av behandlingen som gis på et sykehus.

Hensikt: Artikkelen fokuserer på hvordan innarbeidede sosiale og kulturelle praksiser preger både lege- og pasientrollen når legevisitten gjennomføres. Hensikten er å peke på begrensninger og muligheter for å legge til rette for en mer bemyndigende kommunikasjon i legevisitten.

Metode: Artikkelen er basert på en kvalitativ feltstudie vi gjennomførte med deltakende observasjon av legevisitter. Vi har benyttet en stegvis deduktiv-induktiv metode i analysen av datamaterialet.

Resultat: Resultatene viser at legers og pasienters rolleatferd på legevisitten kan bidra til umyndiggjøring. Legens rolle utøves på måter som ikke nødvendigvis er bevisst paternalistisk, men som likevel er tuftet på et syn om at legen er en «eksklusiv ekspert», og at pasienten dermed skal underordne seg legen. Pasienten har derfor en tendens til å nedvurdere kunnskapen sin om egen helse og generelt innrette seg etter en tradisjonell rolle som «passiv og avhengig».

Konklusjon: Med utgangspunkt i at umyndiggjøringen i stor grad skjer gjennom internalisert rolleatferd hos både pasienten og legen, diskuterer vi behovet for både bevisstgjøring og konkrete virkemidler som kan utfordre disse rolleforståelsene. Vi peker særlig på hvordan legevisitten legges til rette på måter som offensivt utfordrer legens rolle som «eksklusiv ekspert», og pasientens rolle som «passiv og avhengig».

Historisk er legevisitten beskrevet som en «parade», der leger, turnusleger, medisinstudenter og overleger, med sykepleiere ved sin side, demonstrerte at de hadde mer eller mindre all makt over pasientene (1, 2). I dag er pasientmedvirkning et begrep som er nedfelt i loven og peker på at pasienter bør få større påvirkning og innflytelse på hvordan behandlingsmetoder og oppfølging skal gjennomføres (3).

«Bemyndigelse» er et mer generelt begrep, knyttet til det engelske begrepet empowerment, som innebærer at aktører selv også har iboende ressurser, ferdigheter og kompetanser. Disse ressursene må utnyttes når det offentlige skal tilby relevante og tilpassede tjenester (4, 5).

Brukermedvirkning og bemyndigelse kan således sies å ha egenverdi og terapeutisk verdi. De kan også være virkemidler for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene til pasientene (6). Det er likevel grunn til å spørre om hvorvidt legevisitten, som er et av de helt sentrale punktene i kommunikasjonen mellom pasienten og sykehuset, har implementert tiltak som fremmer større grad av likeverdighet mellom pasienten og helsepersonellet.

Forskning peker på at legevisitten til og med utsetter pasienten for tap av autonomi, altså tap av selvstendighet, og bygger på en grunnleggende paternalistisk tradisjon (7–9). For å få til en legevisitt som i større grad jevner ut maktforholdet, bør det undersøkes hvordan helsevesenet kan få til endringer på systemnivå for å skape et mer personorientert helsevesen som legger til rette for pasientenes medvirkning (10).

Hensikten med artikkelen

Denne artikkelen omhandler hvordan etablerte roller påvirker pasientens mulighet for brukermedvirkning. Vi ønsket å finne svar på hvordan tradisjonelle lege- og pasientroller under legevisitten virker inn på bemyndigende prosesser, samt hvordan legevisitten kan gjennomføres for å fremme bemyndigelse av pasienten. Teorien bygger på rollebegrepet innenfor sosiologien (11).

I denne sammenhengen er pasienter, leger og sykepleiere rolleinnehaverne. Gjennom etnografiske data, som deltakende observasjon, (12) undersøkes samhandlingen mellom leger, sykepleiere og pasienter under legevisitten.

Metode

Design

En kvalitativ studie med deltakende observasjon er relevant for å skaffe empiri om rolleutøvelse og rolleforståelse. Metoden skiller seg fra andre forskningsmetoder ved at forskeren selv er det viktigste instrumentet for å samle inn data – sammen med deltakerne (12, 13).

Feltarbeidet var mulig å gjøre fordi førsteforfatteren selv er sykepleier. Hun trådte inn i rollen som sykepleier og fulgte legen under visitten. All informasjon og alle inntrykk ble filtrert gjennom førsteforfatteren.

Utvalg

Vi gjennomførte feltarbeidet ved tre ulike sengeposter. Pasienter og ansatte måtte snakke godt norsk, og personellet måtte ha erfaring med å gå legevisitt på avdelingen. Vi utelukket pasienter som var alvorlig fysisk eller psykisk syke, demente eller som på annen måte var ute av stand til å samtykke.

Resultatet ble feltobservasjoner av totalt 6 ulike legevisitter, fordelt på 3 seksjoner. Totalt har 26 pasienter, 7 leger og 10 sykepleiere deltatt på disse visittene, som danner grunnlaget for det rike datamaterialet studien bygger på.

Etiske refleksjoner

Når man studerer sin egen kultur, er det nødvendig å reflektere over egen forforståelse og erfaringer. Under selve feltarbeidet og i analysen var det avgjørende med hermeneutiske prinsipper om selvrefleksjon(14) og aktiv granskning av egne fordommer.

At førsteforfatteren selv var sykepleier, hadde både fordeler og ulemper i denne studien. En ulempe var risikoen for at hun ikke stilte nødvendige oppfølgingsspørsmål. Det kunne også gjøre det vanskelig å analysere datamaterialet kritisk. Samtidig ga rollen en mulighet til å forstå detaljer, og på den måten skaffe informasjon som andre ikke ville fått eller sett (15).

Vi spurte Klinisk etikk-komité (KEK) ved Sykehuset i Vestfold (SiV) om tillatelse til å gjennomføre feltobservasjoner ved sykehusets sengeposter. De hadde ingen innsigelser mot prosjektet.

Vi meldte prosjektet til Personvernombudet, og en vurderingsmelding ble forelagt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som informerte om at prosjektet ikke var meldepliktig. Leger og sykepleiere var informert og hadde samtykket til å delta i studien. Samtykke fra pasientene ble innhentet ved at de skrev under på et informasjonsskriv samme dag som observasjonen fant sted.

Datainnsamling

Vi kombinerte feltobservasjon med uformelle samtaler (13), som ga oss mulighet til å kunne lytte, observere og stille spørsmål. Vi gjennomførte uformelle og spontane samtaler av kortere og lengre karakter med sju av pasientene. Resultatet ble 40 sider feltnotater samt en feltdagbok med refleksjoner rundt metode og etikk.

Dataanalyse

Vi analyserte dataene med utgangspunkt i Tjoras (15) stegvise deduktive-induktive metode. Analysedelen av forskningen var ingen lineær prosess, men ga grunnlag for å arbeide strukturert og trinnvis med analysen.

Feltnotatene dannet det empiriske grunnlaget for videre observasjoner og ble skrevet som det Tjora kaller «naive notater». Slike naive notater er korte beskrivelser av ting som skjedde under feltarbeidet. De ble deretter brukt som utgangspunkt for analyse og teoretisering. Ut fra disse naive notatene var det mulig å finne samlende kategorier, som igjen kunne knyttes til teoretiske begreper.

Resultat

Funnene er systematisert på bakgrunn av dataanalysen. De fremstilles med utdrag fra feltnotatene, men også med utdrag av anonymiserte pasienters uttalelser, direkte sitert. Funnene viser hva som skjer mellom legen og pasientene, hvordan roller påvirker visitten, og hvordan alternative rammer rundt legevisitten kan påvirke bemyndigelse.

Sengeleiesituasjoner

«Odd» går rundt på rommet, men når vi kommer inn, legger han seg i sengen. Legen stiller seg ved sengen og bøyer seg over ham. Jeg spør om han har gjort seg noen tanker om det å være sengeliggende. Han sier følgende: «Det er jo litt som på jobben, når direktøren kommer inn i rommet, du gjør jo som de sier, men sånn må det jo bli, de kan jo jobben sin.»

Flere av pasientene som var oppegående, la seg i sengen da legevisitten startet. Selv når de hadde på klær og sko, la de seg på sengen eller under teppet.



«Flere av pasientene som var oppegående, la seg i sengen da legevisitten startet.»

«Åse» er en pasient med hyppige innleggelser. På previsitten sier legen at det «egentlig ikke feiler henne noe spesielt», at Åse har en tendens til å overdrive sin egen sykdom. Åse forteller at hun ikke føler seg trodd på sykehuset. Hun sier at det også skjer i hjemmesykepleien. Imidlertid oppleves det mer alvorlig ikke å bli trodd av legene på sykehuset: «Her på sykehuset ligger jeg i sengen, jeg føler meg så underdanig når legene ikke tror meg.»

Til dels tar pasientene selv opp det at de som pasienter går inn i en slags underordnet rolle overfor legene og sykepleierne. «Mona» forteller at hun fikk kreftdiagnosen mens legen sto «henslengt» i døren, mens hun selv lå i sengen. Hun sier som følger: «Det hjelper ikke å være sterk og tøff til daglig når man ligger i sengen. Da er det jo legene som har all makten, det er de som påvirker med den de er.»

Roller spiller en rolle

Under en av observasjonene hilser «Åse» knapt på legen når han kommer inn. Hun forteller straks til legen og sykepleierne at hun ikke kan sendes hjem fordi hun har smerter. Legen rygger bakover, blar litt i pasientpermen uten å se opp. Han svarer henne ikke direkte, men sier i stedet dette: «Undersøkelsene viser ikke noe galt denne gangen heller.» Han smiler til henne før han snur seg og smiler til sykepleieren.

En av legene valgte å gjennomføre legevisitten på sitt eget kontor. Pasienten kom inn i sitt eget tøy sammen med en sykepleier, og satte seg i stolen overfor legen. I etterkant av denne visitten fortalte legen at han syntes denne måten å gjennomføre visitten på, tok mer tid.

På den annen side mente han å få et få mer helhetlig bilde av pasientens situasjon fordi de ble fortrolige, slik at pasienten fortalte mer om livet sitt. Legen sa dette: «Jeg opplever å spare tid i lengden, men slikt er jo så vanskelig å måle.»

«Anna» gjennomfører legevisitten på denne måten. Legen og pasienten ser hverandre inn i øynene, og legen har hendene og føttene vendt mot pasienten. De går gjennom alle medisinene Anna bruker. Hun vet når hun skal ta medisinene sine, men ikke hvorfor hun tar dem.

Hun forteller at hun er ofte svimmel, og de blir enige om å forsøke en lavere dose hjertemedisiner «siden svimmelhet er en vanlig bivirkning ved dette medikamentet», som legen sier. Senere sier Anna dette: «Måten legen gjennomførte visitt på, fikk meg til å føle at jeg kom nærmere legen. Nærmere enn når det står en hel gjeng rundt sengen, mens jeg ligger oppi. Det var som å være hos fastlegen.»

En av pasientene, «Tove», vil gjerne hjem, men legen ønsker at rosafargen rundt såret blir noe blekere før hjemreise. Tove insisterer likevel på å dra. Legen foreslår at hun drar innom fastlegen i løpet av et par dager, og pasienten er tilfreds med denne løsningen.

Diskusjon


Vi ønsket å finne svar på hvordan tradisjonelle lege- og pasientroller virker inn på bemyndigende prosesser under legevisitten, og på hvordan legevisitten kan gjennomføres for å fremme bemyndigelse av pasienten.

I første del av drøftingen tar vi for oss hvordan internalisert rolleatferd, både hos pasienter og leger, kan se ut til å vanskeliggjøre brukermedvirkning og bemyndigelse av pasientene på legevisitten. Deretter drøfter vi noen prinsipper og praktiske grep for å skape en mer bemyndigende legevisitt.

Legen som ekspert og pasienten som hjelpetrengende

Rollene som kommer til uttrykk mellom leger og sykepleiere på den ene siden, og pasienten på den andre, kan analyseres i lys av begrepet rollekomplementaritet (16), hvor rollen som eksklusiv ekspert (lege og sykepleier) utfylles av rollen som passiv og avhengig (pasienten).

Videre kan vi forstå disse rollene som skapt og opprettholdt av et sett av ulike faktorer. Disse faktorene er knyttet til historiske og sosiologiske forhold som påvirker rolleforståelsen, samt ulike former for «rettigheter» som hefter ved disse rollene.



«I et rolleperspektiv kan vi si at legen får rollen som en eksklusiv ekspert på pasientenes helse.»

Hvis vi først ser på hvordan legerollen utøves på legevisitten, er det tydelig at denne rollen er preget av at legen innehar en udiskutabel autoritet når det gjelder å forstå pasientens helse og iverksette tiltak. Ut fra empirien kan vi si at det er legen som «vet og kan» det viktige om pasientenes helse, og som dermed har definisjonsmakten.

I et rolleperspektiv kan vi derfor si at legen får rollen som en eksklusiv ekspert på pasientenes helse. At legene utøver sin rolle som ekspert, kan både i et faglig og historisk perspektiv ses som naturlig og selvsagt. Legene både har og er gitt den øverste posisjonen i sykehusets hierarki og kan sies å utøve sin rolle med støtte fra en århundrelang medikratiske styringstradisjon på sykehusene (17, 18). I legetradisjonen ligger det forventninger til legene som behandlere; legen skal være den som forklarer og finner løsningen på sykdom (19).

Passiv- versus aktivrollen


Når vi ser på pasientenes rolleutøvelse, er det tydelig at den er preget og formet nettopp av at legene innehar en «naturlig» og ubestridelig autoritet når det gjelder å forstå helse generelt og den enkelte pasientens helse spesielt. Det at pasienter legger seg ned på sengen når legen og sykepleierne kommer inn i rommet, er det mest talende uttrykket for denne internaliserte rolleatferden.

Slik sett kan rollen som pasient primært beskrives som passiv og avhengig. På samme måte som for legene er pasientrollen konstituert av en lang, historisk tradisjon der pasientene primært er mottakere av den medisinske behandlingen som legene forordner. Når man blir alvorlig syk, går man derfor naturlig inn i rollen som en som skal motta hjelp fra eksperten.

Roller som passiv og avhengig kan også forstås i lys av en nødvendig meningsskapingsprosess. Den ene dagen lever man et normalt liv, den neste har man ikke kontroll på kroppen eller på hva som skjer med den. Å miste kontroll gjør at mennesker ubevisst forsøker å skape orden og struktur i den nye situasjonen (20).

I et slikt perspektiv er det også rimelig å se på rollen som passiv og avhengig som en rolle som sikrer noen goder for pasientene: Å legge seg ned i sengen når legen og sykepleierne kommer, kan tolkes som en demonstrasjon av at «jeg er syk». Dermed har pasienten eksempelvis krav på fortsatt å være innlagt på sykehus og fortsatt få tett oppfølging.

Å spille rollen som passiv og avhengig kan dermed sikre pasienten behandling fordi pasienten oppfyller «kravene» til det å være pasient. Å leve ut rollen som syk og avhengig kan dessuten, i en større samfunnsmessig sammenheng, innebære å slippe noen av de forventningene man har til friske personer, for eksempel å skulle utføre lønnet arbeid.



«Å spille rollen som passiv og avhengig kan sikre pasienten behandling fordi pasienten oppfyller ‘kravene’ til det å være pasient.»

En nederlandsk studie konkluderte med at pasienter som hadde åpenbare fysiske plager, fikk større oppmerksomhet av legen enn de som hadde mer diffuse symptomer (21). Den såkalte maskinfeilmodellen er et begrep som innebærer at det skal være lett å se at du er syk (22). Tilsvarende viser en amerikansk studie at pasienter som klager, gråter, har diffuse symptomer eller avviker fra normen, opplever mindre interesse fra legen (23).

Helsepersonell forventer at pasientene skal være syke og motivert for behandling. Dette perspektivet på sykdom fra helsepersonell og samfunnet kan føre til at forventningen om å være passiv og avhengig blir forsterket (20, 22).

Mot en aktiv-aktiv-rolle?

En av legene forventet at pasienter som var i stand til det, satt oppe og var påkledd til visitten. Legen arbeidet etter «Ask Me 3»-metoden, et verktøy for økt pasientmedvirkning. Metoden bygger på at legen stiller pasienten tre spørsmål under konsultasjon, eller i dette tilfellet legevisitten (24). Spørsmålene var tilpasset til å bruke på sykehus, og legen spurte blant annet om pasientenes kunnskap om hvorfor de var innlagt, videre oppfølging etter utskrivelse og hvilke medikamenter de brukte.

Pasientene på denne avdelingen påpekte at de opplevde å bli tatt på alvor og inkludert av denne legen – mer enn de hadde opplevd tidligere. De beskrev også en større forståelse for hvorfor de var innlagt, og for behandlingen de fikk. Legen selv påpekte at metoden var mer tidkrevende, men hevdet likevel at den ga større oversikt over og bevisstgjøring av pasientens eget ansvar for sin egen behandling.

Legens fysiske plassering påvirker

I et rolleperspektiv kan man si at denne måten å gjennomføre en legevisitt på, delvis utfordret rollene som eksklusiv ekspert versus passiv og avhengig pasient. På den tradisjonelle legevisitten kan man si at pasientene delvis passiviseres på grunn av legens og sin egen fysiske plassering i rommet. Hvorvidt legen sitter eller står i forhold til pasienten, kan påvirke kvaliteten på kommunikasjonen.

De fleste legene i studien sto oppreist ved sengen eller et stykke borte fra pasienten under visitten. Et fåtall satte seg ned på sengekanten, på huk ved pasienten eller i en stol på rommet. Det kan forsterke maktubalansen mellom legen og pasienten. Dersom legen og pasienten ser på hverandre fra samme nivå, er det med på å rette opp maktubalansen.



«Hvorvidt legen sitter eller står i forhold til pasienten, kan påvirke kvaliteten på kommunikasjonen.»

Legen i utvalget som hadde valgt å ha visitten inne på et eget rom med pasientene sittende i en stol, la til rette for et bemyndigende kroppsspråk som i seg selv kan føre til en utjevning av makt. Kriteriene for å gjennomføre legevisitten på denne måten var at pasienten var kognitivt fungerende, måtte ut av pasientrommet og var ikledd privat tøy. Pasienten blir naturlig mobilisert og kommer seg derfor raskere etter sykdom. Det at de går med privat tøy og ikke har på seg sykehuskjorte, gjør at de blir ledet ut av pasientrollen (2).

En studie som har sett på å sitte versus å stå ved pasientens seng, viser at dersom legen sitter nede, føler pasienten at de tar seg mer tid til dem (25, 26).

Pasientene sa også at de følte seg viktige når legen satte seg ned. Det utgjorde ingen forskjell på tiden legen brukte på pasienten om vedkommende sto eller satt, men pasientene opplevde at sittende leger brukte mer tid på dem.

Til en viss grad kan vi si at denne alternative legevisitten endret noe på de tradisjonelle rollene til legen og pasienten. Pasientens rolle som passiv og avhengig ble utfordret, og kanskje ble også legens rolle som eksklusiv ekspert på pasientens helse noe nedtonet. Denne måten å gjennomføre en legevisitt på, peker på en potensielt ny rollekomplementaritet. Her kan vi snakke om rollene som begrenset ekspert for sykepleierne og legene, og aktiv og mer uavhengig for pasientene.

Visittstoler

Et praktisk grep enkelte sykehus har gjort, er å ta i bruk visittstoler (27) på legevisittene. Disse stolene bringes med rundt på visitten og «tvinger» legen til å sette seg ned under samtalen med pasientene.

Visittstolene kan signalisere tid til og respekt for pasienten, og tilrettelegge for en god dialog som kan redusere risikoen for feil og misforståelser.

Ledelsen på avdelingene og på overordnet nivå har således et stort ansvar for å legge til rette for at hver enkelt lege kan fremme bemyndigelse. Det kan rettes kritikk mot at det er få tilgjengelige rom som er egnet for sensitive samtaler.

Det er krevende å lede endringsprosesser der man vil endre kulturen. Mye tyder på at ledere ikke fremstår som gode rollemodeller. Ofte får de ansatte heller ikke opplæring i å bruke konkrete verktøy for å kunne arbeide mer personorientert. Moore og medarbeidere (28) konkluderer med at fravær av tydelig ledelse er blant de mest fremtredende hindringene for at pasienten skal bli mer bemyndiget.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi gjennom analyse av eller på bakgrunn av innsamlede felldata observert at internaliserte roller er viktige på legevisitten. Både leger og pasienter går ubevisst inn i roller, der legen er eksklusiv ekspert, og pasienten er passiv og avhengig hjelpetrengende.

Funnene tyder på at disse rollene bidrar til en form for umyndiggjøring av pasienten. Rollen legen tar og får, er ikke nødvendigvis bevisst paternalistisk, men den tradisjonelle legerollen kan frata pasienten muligheten til autonomi.

Pasienten på sin side har ofte ikke mulighet til å ta kontroll over sin egen situasjon fordi sykdommen og en forventning til hvordan pasientrollen skal være, gjør dem underdanige. De legger seg i sengen selv om de mener at det å være sengeliggende gjør dem maktesløse.

Resultatet blir at de tradisjonelle rollene til leger og pasienter, og makten og avmakten som ligger i disse rollene, påvirker kommunikasjonen og samhandlingen. Det finnes et potensial for å utfordre de tradisjonelle rollene og strebe mot en rollekomplementaritet som består i rollesettet «begrenset ekspert» for leger og sykepleiere og «mer uavhengig» for pasienten.

Det kan være fristende å peke på at både leger, sykepleiere og pasienter må øve seg i sine respektive roller, henholdsvis som «begrenset ekspert» og «mer uavhengig». Særlig leger og sykepleiere kan muligens oppfordres til å reflektere over den makten de har og gjøre seg kjent med hvilken makt som ligger i den kunnskapen deres profesjon innehar. En økt forståelse av roller og makt kan være nødvendig for å få til en endring i deres egen rolleutøvelse.

Det blir for enkelt å hevde at det kun er enkeltindividene som avgjør om legevisitten er en arena for brukermedvirkning. De viktigste forutsetningene for å bryte med etablerte roller er å endre organisatoriske og fysiske forhold knyttet til legevisitten.

I denne artikkelen har vi pekt på at man kan endre de fysiske og praktiske rammene for legevisitten. Tydelig lederskap og opplæring kan legge til rette for å endre fra tradisjonell praksis til mer bemyndigende legevisitter.

Referanser

1. Swenne CL, Skytt B. The ward round—patient experiences and barriers to participation. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(2):297–304.
2. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine.* 2007;19(5):309–13.
3. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 04.11.2018).
4. Green J, Tones K. *Health promotion: planning and strategies.* Los Angeles: SAGE Publications; 2010.
5. Stang I. *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor.* Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
6. Verdens helseorganisasjon (WHO). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks.* København: WHO; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks> (nedlastet 05.11.2018).

7. Grimen H. Power, trust and risk: some reflections on an absent issue. *Medical Anthropology Quarterly* 2009;23(1):16–33.
8. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter? *Patient Educ Couns*. 2007;65(3):396–406.
9. Redley B, McTier L, Botti M, Hutchinson A, Newnham H, Campbell D, et al. Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study. *BMJ quality & safety*. 23. februar 2018. DOI: [10.1136/bmjqs-2017-007292](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007292).
10. McCormack B, Tanya M. *Person-centered practice in nursing and health care theory and practice*. 2. utg. Chichester: Wiley Blackwell; 2017.
11. Goffman E. *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax Forlag; 1992.
12. Fangen K. *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
13. Wadel C. *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
14. Neumann C, Neumann I. *Forskeren i forskningsprosessen: en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
15. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
16. Vilhelm A. *Sosialt samspill*. Oslo: Universitetsforlaget; 1981.

17. Berg O. Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809–2009. Oslo: Helsetilsynet; 2009. Rapport 8/2009.
18. Slagstad R. De nasjonale strategier. Oslo: Pax Forlag; 2001.
19. Norvoll R. Makt og avmakt. I: Brodtkorb E, Rugkåsa M, red. Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009. s. 67–92.
20. Album D. Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano; 1996.
21. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social science & medicine*. 2006; 63(4):899-910.
22. Repstad P. Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
23. Satterfield JM, Bereknyci S, Hilton JF, Bogetz AL, Blankenburg R, Buckelew SM, et al. The prevalence of social and behavioral topics and related educational opportunities during attending rounds. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89(11):1548–57.
24. Guglielmi CL, Stratton M, Healy GB, Shapiro D, Duffy WJ, Dean BL, et al. The growing role of patient engagement: Relationship-based care in a changing health care system. *AORN Journal*. 2014;99(4):517–28.
25. Johnson RL, Sadosty AT, Weaver AL, Goyal DG. To sit or not to sit? *Ann Emerg Med*. 2008;51(2):188–93.

26. Dunbar NE, Jensen ML, Bessarabova E, Burgoon JK, Bernard DR, Harrison KJ, et al. Empowered by persuasive deception: The effects of power and deception on dominance, credibility, and decision making. *Communication Research*. 2014;41(6):852–76.
27. Visittstolen [internett]. I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet.no [sitert 20.05.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/brukermedvirkning/visittstolen>.
28. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017;31(4):662–73.