

Kommunikationsträning för personal kan öka patienters utbyte av vården

FRIDA EHRSTEDT, med stud., Köpenhamns universitet
hwf635@alumni.ku.dk
JETTE AMMENTORP, fil dr, sjuksköterska, Enhed for sundheds-tjensteforskning, Lillebælt hospital

POUL-ERIK KOFOED, med dr, professor, barnklinikken, Kolding sygehus; båda Institut for regional sundhedsforskning, Syddansk universitet; samtlige Danmark

Man kan differentiera mellan tre avsikter med att kommunicera väl: att skapa en professionell relation mellan patient och personal, att förbättra utbytet av information och att möjliggöra behandlingsrelaterade beslut [1].

Kommunikation anses både direkt och indirekt kunna påverka patientens fysiska och psykiska utbyte av behandlingen [2]. Forskningsresultat tyder på att förhållandet mellan patient och personal har stor betydelse för patientens hälsostatus såväl fysiologiskt, mätt med parametrar som blodtryck och blodsocker, som beteendevetenskapligt, mätt med funktionsstatus, och subjektivt där patienter själva skattat sin hälsa [1].

En patientcentrerad samtalsteknik innebär att patienten har kontroll över samtalet, är delaktig i konsultationen och har möjlighet att ställa frågor samt att patienten ostört får framföra sitt problem och har möjlighet att förklara dess betydelse utifrån sin sociala kontext. Samtidigt måste läkaren behandla patienten som en unik person och engagera sig i patientens totala situation och försöka få ett samförstånd med patienten kring diagnos och behandling [3].

Syftet med denna översiktsartikel är att presentera resultat av forskning som undersökt effekten av kommunikationsträning av sjukvårdspersonal med Kirkpatrick's fyrstegsmodell [4], som i detta sammanhang är träningens effekt på patienten vad gäller både hälsotillstånd och tillfredsställelse med konsultationen. Kirkpatrick's modell består således av fyra nivåer som används till att utvärdera effekten av ett träningsprogram. De fyra nivåerna är reaktion, inläring, beteende och resultat, där varje ny nivå ställer högre krav på deltagaren. Eftersom de fyra nivåerna bygger på varandra är det nödvändigt att ha dem alla i åtanke både vid utformande och utvärdering av ett träningsprogram [4]. I denna översikt har särskilt fokus lagts på huruvida kommunikationsträning har effekt på patienttillfredsställelse.

Vikten av patienttillfredsställelse

Patienttillfredsställelse är inte bara eftersträvarsvärd i sig själv utan flera studier har visat samband mellan patienttillfredsställelse och ökad tendens att följa behandlingsplanen,

minskat bruk av läkarvård [5] samt minskad tendens till rättstvister [5, 6]. Därutöver är mätning av tillfredsställelse hos patienter viktig om man vill fördjupa sig i och förstå patienters upplevelse av vården, identifiera patienters behov och förväntningar samt utvärdera problem inom sjukvården [7].

METOD

För att få en bild av den forskning som utförts inom kommunikationsträning i sjukvården gjordes en litteratursökning i PubMed- och Cochrane-databaserna. Sökning utfördes med sökorden *communication* (MeSH) AND *education* (MeSH) i kombination med *patient satisfaction*, *skills* och *intervention*. *Communication* (MeSH) och *education* (subheading) kombinerades i olika sökningar med *patient satisfaction* (MeSH) och *patient outcomes* med begränsningarna: metaanalys, systematic review, review. *Patient satisfaction* (MeSH) användes också tillsammans med *communication skills training* utan begränsningar.

Andra sökord som använts har varit *communication training*, *communication education* och *communication skills training* i olika kombinationer med *patient*, *patient outcomes*, *satisfaction* och *health care*. Dessa sökningar resulterade i 290 abstrakt, som efter genomläsning reducerades till 81 artiklar som studerats i fulltext. Därutöver har relevanta artiklars referenslistor gått igenom för att finna ytterligare intressanta studier och artiklar som har kunnat bidra till att belysa problemställningen. För att uppfylla kriterierna skulle studierna ha genomfört ett träningsprogram för sjukvårdspersonal och uppmätt patienttillfredsställelse eller andra effekter på patienter. Artiklar/studier exkluderades om de var skrivna på annat språk än engelska, svenska eller danska eller om kommunikationsträning utförts med tolk, samt om mätning av tillfredsställelse inte utförts på riktiga patienter eller i somatisk vårdmiljö.

De inkluderade studierna

Totalt uppfyllde 27 artiklar kriterierna i den strukturerade sökningen. Av dessa var 17 originalstudier och 10 översiktsartiklar [8-10, 23, 24, 27, 29, 32-34]. Originalstudiernas uppbyggnad sammanfattas i Tabell I där det framgår att det är stor variation mellan dem vad gäller längd, deltagande och design.

För de originalartiklar där antalet deltagare i kommunikationsträningen uppges är medianvärdet 32, med en variation från 8 till 156 personer. Liknande tendenser ses i de inkluderade översiktsartiklarna där antalet deltagare sällan överstiger 100. De 6 randomiserade studierna har generellt fler försökspersoner än de övriga studierna med ett medianvärde på 75 personer. Medianvärdet för antalet inkluderade patienter i alla studierna är 507 med en variation från 16 till 7 016, där de 8 studierna med pre-postdesign generellt har flest patientkontakter (medianvärde 1005). Interventionernas varaktighet uppskattas ha ett medianvärde på 12 timmar med variationen 2 till 105 timmar, och ett liknande mönster ses i de in-

SAMMANFATTAT

Kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal anses att ha ett stort inflytande på patientens hälsostatus. I denna litteraturoversikt undersöks huruvida kommunikationsträning av sjukvårdspersonal har effekt på patienterna.

Kommunikationsträning av sjukvårdspersonal tycks resultera i ökad patienttillfredsställelse.

Kortare träningsprogram har

generellt mindre effekt än längre. **Ökad patientcentrering** i konsultationen har effekt på patienttillfredsställelse och ser ut att påverka faktorer som funktionsstatus, smärta och blodtryck. **Vilka kunskaper** som kommunikationsträning av sjukvårdspersonal fokuserar på varierar och heterogeniteten i träningsprogrammets metod och längd är stor.

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

kluderade översiktsartiklarna. De randomiserade interventionsstudierna tenderar att ha något längre interventioner än studier utan randomisering.

Träningsprogrammets uppbyggnad

I de inkluderade studierna ses stor variation i vilka färdigheter interventionerna har fokuserat på, liksom i interventionernas längd och uppbyggnad. Det framgår ofta inte tydligt vad personalen förväntas kunna efter genomförd kurs. I stället har många kommunikationsträningprogram en bred infallsvinkel där effekt mäts på flera parametrar utan argumentation för vilka effektmål som är att förvänta. Därutöver saknas information om vilka egenskaper som värderas högt av patienterna [8].

Längden på träningsprogrammet kan vara en kritisk faktor, där kortare träningsprogram är mindre effektiva, vilket också påpekas i olika översiktsartiklar [9, 10]. I en randomiserad studie med ett 105 timmar långt träningsprogram konkluderas att ett längre träningsprogram har större effekt, fler effekter och att dessa effekter varar längre efter avslutad träning [11]. En annan randomiserad studie från 2010 hävdar att mängden kunskap som överförs från träningslokalen till den kliniska vardagen är direkt relaterad till mängden träning [12].

Det är svårt att ge entydiga svar på vilka träningsmetoder som är effektiva, både vid önskan om ökad patienttillfredsställelse och andra patientutfall. Tidigare översiktsartiklar om vilka metoder som är effektiva har hävdad vikten av en kombination av föreläsningsmoment, aktiv färdighetsträning och återkoppling på inlärd kunskaper [9]. De metoder som använts i de inkluderade studierna är särskilt rollspel, föreläsningar och gruppdiskussioner, men även falldemonstrationer och återkoppling till deltagarna. Dessa metoder har emellertid använts både i studier som visar signifikant effekt av träningsprogrammet och i studier som inte visar någon effekt.

Patientcentrerad kommunikation

De flesta studier som tagits med i denna genomgång använder ett patientcentrerat perspektiv. Sedan begreppet patientcentrerad introducerades i mitten av 1950-talet har den precisa innebörden diskuterats ingående [13]. I det patientcentrerade samtalet fokuserar klinikern på att informera utifrån patientens agenda, och man lägger vikt på att ta reda på vad patienten vill tala om, vilken information patienten önskar samt om patienten önskar att samtala om sina känslor [14].

Patientcentrerad konsultation är en metod med god intern validitet som också ingår i flera läkarutbildningar. Metoden beskriver hur man undersöker patientens agenda parallellt med klinikerns. Utöver att diagnostisera patienten strävar läkaren efter att förstå patienten genom att se sjukdomen genom patientens ögon [13, 15, 16]. Tekniken innebär således att man fördjupar sig i och förstår patientens oro, idéer, förväntningar, behov och känslor mot bakgrund av hans eller hennes unika psykosociala kontext, och försöker uppnå en gemensam förståelse för problemet och behandlingen. Slutligen innebär det att man hjälper patienten att dela makt och ansvar genom att, i den omfattning patienten önskar, involvera denne i beslutsprocessen [17]. Genom att man agerar uppmuntrande samtidigt som man undviker att avbryta patienten ökar patientcentrereringen signifikant i konsultationen [13, 15, 16].

Det patientcentrerade perspektivet betraktas i dag som en helt central metod att uppnå god kommunikation. I flera observationsstudier är det visat att patientcentrerad samtalsteknik har positiva effekter på patienters hälsostatus [18-20]. Även patienttillfredsställelse påverkas positivt [19, 20],

och antalet patientklagomål minskar. De positiva effekterna uppnås utan att konsultationstiden ändras [20].

Ett redskap som används vid kommunikationsträning för att lära sig patientcentrerad samtalsteknik är Calgary-Cambridgmodellen. Det är en evidensbaserad metod som bl.a. används på läkarutbildningar i flera länder. Modellen baserar sig på att inläring av specifika grundfärdigheter ska tränas i kombination med utveckling av andra kliniska färdigheter [21].

Inom allmänmedicinen kan metoden PRACTICAL användas för att uppnå en mer patientcentrerad kommunikation. Metoden beskriver steg för steg hur läkaren tillsammans med patienten kommer fram till vad patienten lider av och vilken behandling som är mest relevant [22].

Värdering av effekten

Vid mätning av kommunikationsträningens effekt på flera olika patientutfall ses generellt störst positiv effekt på patienters tillfredsställelse [23, 24]. Så också i en studie från 2012 där en 9 timmar lång kommunikationskurs resulterade i ökad patienttillfredsställelse, men inte i signifikant ökad empati, enligt rapportering av patienterna [25]. En större randomiserad studie visar en tydlig effekt av kommunikationsträning på flera aspekter av patienttillfredsställelse, men överraskande nog samtidigt en minskning av läkarens tillfredsställelse med sin arbetssituation [26].

Andra parametrar som påverkats positivt av kommunikationsträning rör patienters ångestnivå, fientlighet [27] och psykosociala hälsa [23]. Det finns även viss evidens för att patienter i större utsträckning följer behandlingsplanen efter att sjukvårdspersonalen genomgått kommunikationsträning [23].

Interventionsstudier som fokuserar på att öka patientcentrereringen i konsultationen visar goda resultat. Detta tyder på att patientcentrerad samtalsteknik är något som kan läras, vilket diskuteras i en Cochraneöversikt från 2012 [8]. Det finns evidens för att interventioner som fokuserar på att öka patientcentrereringen resulterar i ökad patienttillfredsställelse [8, 14], men effekten på andra patientutfall är inte helt fastlagd [8].

Utöver patienttillfredsställelse resulterar träning i det patientcentrerade samtalet i färre klagomål riktade mot läkarens attityd [28], och man har också sett att patienter anser att fler av deras förväntningar blir inriade i kombination med att deras stressnivå minskar [29]. Patientcentrerad kommunikation ser också ut att ha en viss effekt på objektiva effektmått, som tid patienten är inlagd på sjukhus och postoperativ takyarytmi [30], samt på funktionsstatus och reduktion av smärta och blodtryck [18]. Sammantaget har forskningen således visat att patientcentrerad kommunikation inte bara har betydelse för patienters tillfredsställelse, utan också ser ut att ha en positiv effekt på flera psykiska och fysiska symtom.

Uppföljning i den kliniska vardagen

I samband med start av ett nytt träningsprogram bör det övervägas vilka faktorer som hindrar eller underlättar överföring av kunskaper inom organisationen, något som i dagsläget ofta försummas [24]. Även i denna översikt är det endast få studier som uttryckligen beskriver att de fokuserar på överföring av kunskaper och färdigheter i patientkommunikation inom organisationen. Denna process kan antas ha stor betydelse för implementeringen av kommunikationsstrategin på en avdelning och bör därför vara en del av varje kommunikationsträningprogram. Dessutom ses det i de inkluderade studierna stora variationer i uppföljningstid vilket kan ha inflytande på resultaten. Om än ny evidens saknas så påpekas det att nyinlärd kunskaper kommer till uttryck först efter en

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

TABELL I. Översikt över inkluderade originalstudier

Referens	Studiedesign	Intervention	Resultat	Hur har resultaten mätts
11	Longitudinell randomiserad design	105 timmar. 115 sjuksköterskor. 115 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P \leq 0,05$)	Frågeschema
12	Randomiserad kontrollerad studie	I genomsnitt 25 timmar (max 40 timmar). 88 läkare. 757 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P = 0,046$)	Visuell analog skala
14	Pre-postdesign	3 dagar. 32 deltagare med olika utbildning. 2832 patienter	Signifikans för delar av tillfredsställelse ($P < 0,05$)	Frågeschema
25	Pre-postdesign	9 timmar. 20 läkare. 576 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P \leq 0,04$)	Visuell analog skala
26	Randomiserad kontrollerad studie	Ca 20 timmar. 156 läkare. 2196 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P < 0,05$)	Frågeschema
28	Pre-postdesign	1 dag. Oklart antal läkare. 1143 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P < 0,001$). Signifikant minskning av klagomål på läkare ($P = 0,05$)	Frågeschema
30	Fall-kontrollstudie	2–5 timmar. 38 deltagare med olika utbildning. 195 patienter	Signifikant minskning av postoperativ takyarytmi ($P = 0,027$) och inläggningstid ($P = 0,0004$). Ingen signifikans för tillfredsställelse och självvärderad hälsa	Frågeschema
31	Pre-postdesign	3–5 dagar. 34 läkare och sjuksköterskor. 7016 patienter	Signifikans för tillfredsställelse på fyra punkter. Oddskvot varierade mellan 3,7 (2,4–5,8) och 5,2 (3,6–7,4)	Frågeschema
35	Pre-postdesign	Ca 50 timmar/person + 3 dagar. 22 deltagare med olika utbildning. 90 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P < 0,05$)	Frågeschema
38	Randomiserad kontrollerad studie	7 timmar. 20 läkare. 404 patienter	Ingen signifikans för läkarens humanitet, tillfredsställelse samt förtroende för läkaren	Frågeschema
39	Randomiserad kontrollerad studie	10 timmar. 61 deltagare med olika utbildning. Oklart antal patienter	Ingen signifikans för tillfredsställelse	»Art of medicine survey«
40	Pre-postdesign	1,5 dag. 32 läkare. 438 patienter.	Signifikans för global tillfredsställelse ($P = 0,01$) och tillfredsställelse med information ($P = 0,045$). Ingen signifikans för tillfredsställelse med läkarens beteende	»Patient satisfaction scale«
41	Sekundär analys av randomiserad kontrollerad studie	12 timmar. 8 sjuksköterskor. 86 patienter	Signifikans för tillfredsställelse ($P = 0,04$) och mental livskvalitet ($P = 0,03$). Ingen signifikans för fysisk livskvalitet	Frågeschema, visuell analog skala
42	Pre-postdesign	20 timmar. 59 läkare, inte alla under hela träningsprogrammet. 1228 patienter	Signifikans för effekt på medianångest ($P = 0,01$). Ingen signifikans för total ångest. Ingen signifikans för tillfredsställelse	Patienttillfredsställelse: Frågeschema Ångest: Visuell analog skala
43	»Repeated measures design«	Max 4,24–8 timmar (i genomsnitt 1,75–3 timmar/person). 21 sjuksköterskor. 16 patienter	Ingen signifikans för tillfredsställelse	»Relational care scale« »Global quality indicator of care scale«
44	Kliniskt försök utan randomisering	33 timmar. 24 sjuksköterskor. 413 patienter	Ingen signifikans för tillfredsställelse, ångest samt humör	Frågeschema
45	Pre-postdesign	2 timmar. Även patientfilm och »patientkontaktsköterska«. Oklart antal deltagare. 866 patienter	Signifikans för delar av tillfredsställelse ($P \leq 0,03$)	Frågeschema

längre inväpningsperiod. Mätningar direkt efter träning kan därmed undervärdera effekten om det inte avsatts tillräckligt med tid för personalen att anpassa sina rutinbelagda kommunikationstekniker till att inkludera de nya färdigheterna [26]. Intressant nog ser denna effekt inte ut att avta med tiden, enligt en longitudinell studie som sträcker sig över tre år [31]. Vid lång uppföljningstid kan det förmodas ha betydelse att kursledarna är en del av avdelningen med möjlighet att löpande följa upp undervisningen och stödja personalen i deras utveckling [31].

DISKUSSION

Resultaten av de olika studierna är inte entydiga, och flera artiklar tar upp vikten av att utföra fler högkvalitativa studier. I en översiktsartikel konkluderas att studierna med bäst design visar minst positiv effekt på personalens kom-

munikationsbeteende [23]. Detta överensstämmer med en metaanalys från 2011 som sammanställt den samlade effekten av olika patientutfall och inte funnit någon signifikant effekt av kommunikationsträning jämfört med kontrollgrupper utan intervention [32]. I uppbyggnaden av ett träningsprogram bör man ta i beaktande vem som ska tränas och vad målet med träningen är. Genom att tydliggöra målet med undervisningen och fokusera på få men specifika problem i kommunikationen ökar chansen för positiva resultat. Det har visats att personal med sämre kommunikationsförmåga uppnår bättre resultat med kommunikations- träning än de som redan har god kommunikationsteknik, vilket tyder på att alla kan lära sig kommunikations- färdigheter [33]. Dock ska man tänka på att färdighet i att intervjua inte automatiskt ger färdighet i att informera. De olika kompetenserna ska tränas separat för att ge effekt

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

[33]. Exempelvis finns god evidens för förbättrad patient-säkerhet efter färdighetsträning som fokuserat på att förbättra samarbetet och kommunikationen i specifikt utvalda kritiska situationer [34].

Om man inte lär sig strategier som hjälper en att omsätta sina kunskaper till praktisk handling är det svårt att dra nytta av undervisningen. För att öka chanserna till effektiv överföring av färdigheter inom organisationen är det viktigt att ta hänsyn till hur organisationen och omgivningen ser ut i varje enskild situation [24]. Dessutom är organisatoriskt intresse i form av involverad ledning och finansiellt stöd en förutsättning för att uppnå långvariga resultat [35].

Det har med tiden kommit forskningsresultat som säkrat konsensus kring patientcenterad samtalsteknik, och några nyckelfärdigheter har definierats. Ökad patientcentering i konsultationen har effekt på patienttillfredsställelse och ser även ut att påverka andra fysiska och psykiska faktorer hos patienten [8, 14, 18, 28-30]. Kommunikationsträning för sjukvårdspersonal ser generellt ut att ha störst effekt på patienttillfredsställelse [23-26]. Vid granskning av den befintliga litteraturen ses tendenser till att även andra patientutfall kan påverkas positivt men resultaten är inte entydiga [23, 27]. Trots att fokus på kommunikation har ökat, är det fortfarande svårt att presentera resultat som visar tydlig effekt av kommunikationsträning. Sannolikt beror detta dock mer på undermåliga mätmetoder än på bristande effekt. Det har exempelvis visats att det ofta saknas överensstämmelse mellan det som lärs och det som mäts i evalueringen. Därför efterlyses studier med bättre samband mellan effektmål och effektmått [36].

Studiernas låga deltagarantal speglar de svårigheter man ställs inför när man önskar mäta effekten av kommunikationsträning. Det är svårt att kontrollera organisatoriska och behandlingsmässiga ändringar, vilket gör att studierna ofta är begränsade till personalen på en eller få kliniker. Dessutom är implementering av kommunikationsträning resurskrävande och försvåras ytterligare av sjukvårdspersonalens stressiga vardag.

Det kan vara svårt att undersöka effekten av kommunikationsträning på patientnivå i randomiserade studier. Med denna design finns risk för överföring av kunskap om kommunikationstekniska färdigheter från sjukvårdspersonal i interventionsgruppen till personal i kontrollgruppen, vilket medför undervärdering av effekten. Detta undgås vid en pre-post-design, som använts i flera studier. Dessa studier har emellertid den svagheten att andra utomstående faktorer kan påverka resultaten.

Flera artiklar anför dessutom att en orsak till brist på positiv effekt på patienttillfredsställelse kan vara en så kallad takeffekt. Det innebär att patienters tillfredsställelse är hög redan från start varvid en förbättring blir svår att dokumentera, då de mätinstrument som används inte tar hänsyn till detta [32, 24].

De flesta publicerade studier kännetecknas av att vara utförda i små organisatoriska enheter, som oftast har varit motiverade att införa kommunikationsträning och där strama inklusionskriterier kan resultera i bristande extern validitet. Därför är det viktigt att undersöka om det är möjligt att reproducera resultaten i fall där kommunikationsträning implementeras i en stor organisation, exempelvis ett helt sjukhus där all sjukvårdspersonal med patientkontakt involveras [37].

Den diskrepans man ser mellan observations- och interventionsstudier kan bero på att de effektmått som används vid utvärderingen av i vilken grad ett samtal är patientcenterat inte är de effektmått som är avgörande för patientens respons på behandlingen. Det har visats att det som har störst

betydelse för patientutfall är i vilken grad patienten själv anser att samtalet varit patientcenterat, vilket inte nödvändigtvis överensstämmer med de kriterier som används i studierna [20].

Stort fokus på evidens och höga krav på reproducerbarhet genom att endast använda objektiva mätmetoder kan därmed resultera i färre positiva resultat än om patientens subjektiva uppfattning inkluderats. Exempelvis hade ingen av de inkluderade studierna i en Cochranegenomgång frågat patienterna vilka utfall de ansåg vara viktigast, vilket kan anses centralt vid undersökning av patientcentering [8]. Att mäta effekten av en intervention på ett evidensbaserat sätt kompliceras ytterligare av att det inte finns en allmänt accepterad definition av begreppet patientcentering och att det saknas en etablerad praxis för hur patientcentering ska mätas [8].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ SUMMARY

This literature review presents results of research on communication skills training (CST) of medical staff and its effect on patients. The 27 studies identified by a search in PubMed and Cochrane databases showed considerable heterogeneity in interventions, methods and study length. Most studies found a positive effect on patient satisfaction after the staff had participated in CST. Furthermore, there are indications that CST has an effect on other patient outcomes. Increasing the patient-centeredness in the consultation results in improved patient satisfaction and moreover has positive effects on psychological and physiological factors, such as improved function status and reduction in pain and blood pressure. Overall, we conclude that CST for health staff tends to improve patient satisfaction and other patient outcomes. The results of the studies are ambiguous, however the majority show positive results.

REFERENSER

- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40:903-18.
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:295-301.
- Ottosson JO, redaktör. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. SBU-rapport nr 144. Stockholm: Natur och Kultur; 1999. p. 44-77.
- Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training program: The four levels. 3 ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.; 2005. p. 21-7.
- Sun BC, Adams J, Orav EJ, et al. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med*. 2000;35:426-34.
- Pichert JW, Miller CS, Hollo AH, et al. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Jt Comm J Qual Improv*. 1998;24:303-12.
- Chang, CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:22.
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
- Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer*. 2005;13:356-66.
- Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:179.
- Delvaux N, Razavi D, Marchal S, et al. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer*. 2004;90:106-14.
- Lienard A, Merckaert I, Libert Y, et al. Transfer of communication skills to the workplace during clinical rounds: impact of a program for residents. *PLoS One*. 2010;5:e12426.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3:24-30.
- Ammentorp J, Kofoed PE, Laulund LW. Impact of communication skills training on parents' perceptions of care: intervention study. *J Adv Nurs*. 2011;67:394-400.
- Brown J, Stewart M, McCracken E, et al. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract*. 1986;3:75-9.
- Stewart M, Brown J, Levenstein J, et al. The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Fam Pract*. 1986;3:164-7.
- 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.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152:1423-33.
- Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, et al. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns*. 2009;77:379-83.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 2 ed. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd; 2005. p. 1-7.
- Larsen HJ, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract*. 1997;14:295-301.
- Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, et al. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*. 1999;33:655-68.
- Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, et al. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *Eur J Cancer Care*. 2010;19:442-57.
- Çınar O, Ak M, Sütçügil L, et al. Communication skills training for emergency medicine residents. *Eur J Emerg Med*. 2012;19:9-13.
- Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, et al. Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol*. 2008;27:513-22.
- Kruijver IP, Kerkstra A, Francke AL, et al. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2000;39:129-45.
- Lau FL. Can communication skills workshops for emergency department doctors improve patient satisfaction? *J Accid Emerg Med*. 2000;17:251-3.
- Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S. Kommunikation i sundhedsvæsenet - med fokus på den patientoplevede kvalitet hos voksne og børn/unge. *Ugeskr Laeger*. 2006;168:3437-42.
- Trummer UF, Mueller UO, Nowak P, et al. Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Educ Couns*. 2006;61:299-306.
- Ammentorp J, Kofoed PE. The long-term impact of a communication course for doctors and nurses: the parents' perspective. *Commun Med*. 2010;7:3-10.
- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2011;22:1030-40.
- Aspegren K. Lär läkaren att samtala rätt. *Läkartidningen*. 2006;103:1954-6.
- Deering S, Johnston LC, Colacchio K. Multidisciplinary teamwork and communication training. *Semin Perinatol*. 2011;35:89-96.
- Visser A, Wysmans M. Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Educ Couns*. 2010;78:402-8.
- Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*. 2002;36:1004-16.
- Ammentorp J, Kofoed PE. Research in communication skills training translated into practice in a large organization: a proactive use of the RE-AIM framework. *Patient Educ Couns*. 2011;82:482-7.
- Thom DH. Training physicians to increase patient trust. *J Eval Clin Pract*. 2000;6:245-53.
- Brown JB, Boles M, Mullooly JP, et al. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999;131:822-9.
- Brown LD, de Negri B, Hernandez O, et al. An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:495-501.
- Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*. 2011;20:1285-91.
- Harms C, Young JR, Amsler F, et al. Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*. 2004;59:166-72.
- McGilton K, Irwin-Robinson H, Boscart V, et al. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *J Adv Nurs*. 2006;54:35-44.
- Rask MT, Jensen ML, Andersen J, et al. Effects of an intervention aimed at improving nurse-patient communication in an oncology outpatient clinic. *Cancer Nurs*. 2009;32:E1-11.
- Taylor D, Kennedy MP, Virtue E, et al. A multifaceted intervention improves patient satisfaction and perceptions of emergency department care. *Int J Qual Health Care*. 2006;18:238-45.