

Fire gode vaner i kommunikasjon med eldre pasienter



Ingrid Hyldmo

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet sykehus

ingrid.hyldmo@diakonsyk.no

Torkil Berge

Enhet for klinisk forskning og innovasjon, Diakonhjemmet sykehus

Arnstein Finset

Avdeling for atferdsmedisin, Universitetet i Oslo

Kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner har en klinisk helsepsykologisk tilnærming, og er et nyttig redskap i samtaler om mestring av sykdom.

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til Kristine Solhaug og Berit Holsvik for nyttige innspill.

Eldre personer er en uensartet gruppe som omfatter mennesker fra 65 år og oppover. Mange holder seg friske lenge, og med medisinsk kunnskap i stadig utvikling kan flere tilstander behandles. Dette betyr at mange lever lenger med sykdomsbelastninger. Nesten hver tredje person med kronisk sykdom får psykiske plager, og nesten halvparten av de med psykiske lidelser har også kronisk sykdom (Naylor et al., 2012).

Jo eldre pasientene blir, desto mer kompleks er sykehistorien, med flere sykdommer, ofte redusert fysisk funksjon, svekket hørsel og syn, og for noen også kognitiv svikt. Jo mer sammensatt sykdomsbildet er, desto mer tid kan vi trenge for å kartlegge symptomer og behandlingsbehov, og desto viktigere blir vår evne til å kommunisere godt med pasienten og eventuelt også dennes pårørende.

I artikkelen kan du lese om hvordan kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner kan brukes i samtale med eldre pasienter. Eksemplene er hentet fra en klinisk helsepsykologisk tilnærming. Psykologen bidrar i behandlingen av somatiske sykdommer og kroppslige plager som en del av en tverrfaglig tilnærming der leger og andre profesjoner er involvert.

Komplekst sykdomsbilde

At eldre pasienter ofte har flere ulike sykdommer, gir en rekke negative konsekvenser, både for funksjon og helserelatert livskvalitet (Rizzuto et al., 2017). For mange eldre er det å opprettholde funksjon og uavhengighet viktigere enn sykdomsspesifikke utfallsmål (Vermunt et al., 2018). Den beste behandlingen for sykdommen behøver ikke nødvendigvis å være den beste behandlingen for pasienten som person når det gjelder funksjon og livskvalitet. I kommunikasjonen med pasienter må man ta hensyn til slike forhold. Søkelyset skal ikke bare rettes mot den enkeltes sykdomstilstand. Minst like viktig er det hva slags behandlingsresultat pasienten ønsker, og at dette legger føringer for samtalen.

Åpne spørsmål i kliniske samtaler er alltid viktig. Gitt eldre pasienters ofte komplekse sykdomshistorie og sykdomsbilde, samt viktigheten av å anerkjenne pasientens individuelle prioriteringer, er det særlig viktig å stille åpne spørsmål om pasientens bakgrunn og sykdomsforståelse. Et slikt utvidet perspektiv krever mer tid, men er en lønnsom investering. Det kan gi et innblikk i pasientens identitet, ressurser, behov og verdier, styrke alliansen og sikre bedre faglige beslutninger.



Fire gode kommunikasjonsvaner

God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er viktig for å etablere en allianse, få et dekkende bilde av sykdom, og for valg og gjennomføring av hjelpetiltak. Noen kommunikasjonsferdigheter er det spesielt viktig å beherske, som å bygge en god relasjon og å innhente og formidle helseinformasjon. Vi må evne å utforske pasientens perspektiv, forhandle om og lage en plan for tiltak, og avrunde samtalen på en god måte.

Kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner (Frankel et al., 2003), som er tilpasset norske forhold av Gulbrandsen og Finset (2019), er vist å bidra til gode og effektive samtaler mellom pasienter og helsepersonell (Gulbrandsen et al., 2009; Jensen et al., 2010). Metoden er spredt til en rekke sykehus i Norge (Hyldmo et al., 2014) og implementeres også ved alle helsehus i Oslo og andre steder i kommunehelsetjenesten (Kvæl et al., 2024; Kvæl et al., 2025). Det arrangeres egne kurs i metoden (Mørkhagen et al., 2025).

Fire gode vaner-modellen er laget for å være lett å huske og for å gi intuitiv mening. Vane 1, 2 og 4 følger kronologisk etter hverandre, mens vane 3 er gjennomgående gjennom hele samtalen med pasienten.

Vane 1: Invester i begynnelsen

Marit, 71 år, befant seg for første gang i sitt liv på venterommet til en psykolog. Hun var spent på hvem hun skulle møte, og var usikker på hva hun kunne forvente, men hadde etter lang tid med tiltagende smerter, nedstemthet og søvnvansker kommet fram til at hun skulle lytte til sønnens råd om å søke hjelp. Det bød seg en mulighet da hun var til poliklinisk kontroll for sin revmatiske sykdom. Revmatologen fanget opp at hun var mye plaget, og foreslo at hun kunne henvises til psykolog på sykehuset. På venterommet så Marit på de ulike personene som kom for å hente pasientene sine. Hun så at flere av behandlerne var unge, ja de kunne vært barnebarna hennes. Hun håpet i sitt stille sinn at hun ikke skulle få en ung og uerfaren psykolog som ikke kunne hjelpe henne.

Å investere i kontakten i starten bidrar til tillit og sikrer at du og pasienten har samme agenda. Hovedelementene i den første kommunikasjonsvanen er å etablere god kontakt tidlig, få fram hva pasienten har på hjertet, og planlegge konsultasjonen sammen med pasienten.

Som ung psykolog i møte med eldre var Siri forberedt på at noen pasienter kunne være skeptiske på grunn av alderen hennes. Hun hadde også opplevd at mange av dem ikke hadde vært til psykolog tidligere, og at de ofte var usikre på hva de kunne forvente, eller faktisk gruet seg til møtet med psykologen.



En ung, smilende kvinne står foran Marit og sier: Hei og velkommen. Jeg er psykolog Siri Amundsen og har sett fram til å møte deg.

Marit: Hei, jeg heter Marit Knutsen.

Siri: Velkommen! Bli med meg ... Du kan sette deg i denne stolen. Du er henvist av revmatolog her på sykehuset på grunn av smerter, søvnplager og spørsmål om du er deprimeret. Har du fått forklart hvor du er nå, og hva vi kan hjelpe deg med her?

Marit: Nei, bare at legen mente det var lurt, så jeg vil gjerne vite mer om dere. Jeg har ikke vært hos psykolog før og er usikker på hva du kan hjelpe meg med. Du er jo så ung. Du kunne vært barnebarnet mitt ...

Siri: Jeg forstår godt at du tenker det. Jeg er jo mye yngre enn deg, og har ikke samme livserfaring. Men jeg har en del erfaring med behandling av både smerter, søvnvansker og depressive plager. Hvis du synes det er greit, kan vi bruke denne første timen på å bli kjent. Jeg kan få høre mer om hvordan du har det, så ser vi om det er noe du tror kan bli bra, selv om jeg er mye yngre enn deg. Jeg vil også forklare deg mer om hvem vi er her i denne enheten på sykehuset, og hva vi kan tilby deg. Hva tenker du om det?

Her gjør Siri flere viktige «vane 1-grep»: Hun skaper god kontakt ved å ønske velkommen og vise at Marit er ventet, og at hun er kjent med henvisningen fra revmatologen. Hun setter en kort agenda og åpner for en samtale om Marits skepsis til aldersforskjellen mellom dem. Denne vanen tar vanligvis kort tid, men med eldre pasienter kan det være nødvendig å bruke litt mer tid enn ellers. For eksempel kan litt småprat i begynnelsen av samtalen bidra til at pasienten senker skuldrene (Eide et al., 2003). Å høre litt om pasientens somatiske helse tidlig i samtalen kan skape en trygg overgang til å snakke om hvordan de kroppslige plagene påvirker funksjon og livskvalitet. Herfra kan du finne åpninger for å løfte fram sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse senere i samtalen. Ved å forklare hva timen skal inneholde, og hvor lang tid den tar, får du kontroll på tiden samtidig som du skaper allianse.

Vane 2: Utforsk pasientens perspektiv

Hovedelementer i denne vanen er at du utforsker pasientens forståelse av sykdom og plager, og hvilke forventninger pasienten har til hva du kan hjelpe pasienten med. Helsekompetanse er å kunne finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og helsetjenester for å fremme og bevare god helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Eldre pasienter med flere samtidige sykdommer er en sårbar gruppe, der god helsekompetanse er særlig viktig for god mestring av sykdom (Pettersen, 2024). Informasjon fra helsepersonell bør i størst mulig grad tilpasses den enkeltes helsekompetanse, for eksempel for at pasienten skal kunne delta i samvalg rundt helse relaterte beslutninger (Finset & Lie, 2024). I samtale med eldre pasienter er det ekstra viktig å tilpasse informasjonen (Brooks et al., 2017).

Noen eldre pasienter kan underrapportere eller idyllisere, fordi de er blitt vant med at de i perioder har kroppslige plager, eller fordi de er preget av sin generasjons forventninger om at man ikke skal klage eller be om hjelp når det ikke er helt nødvendig. Andre kan være skremt av muligheten for en alvorlig diagnose, fordi de som ung har opplevd at sykdommer som vi i våre dager har langt bedre behandlingsresultater for, medførte uførhet eller død hos nære.

Det oppstår ofte svikt i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, mellom leger med ulike spesialiseringer og mellom helsepersonell og pasient (Hansson et al., 2018). En svensk studie fant at eldre pasienter med flere kroniske sykdommer kan

møte 15 ulike leger i løpet av en 18-måneders periode (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). I samtale med eldre pasienter er det derfor viktig å kartlegge hva andre behandlere har sagt, og hvordan pasienten forstår det som er blitt sagt. Hvilke ord blir brukt? Hvilken forståelse har pasienten av medisinske begreper? Men like viktig som sykehistorien er «friskehistorien». Hva er det pasienten kan glede seg over og fortsatt får til, til tross for sykdommen? Mange har en lang sykehistorie, og det å få hjelp til en helhetlig forståelse av symptomer og plager, men også av ressurser og mestringsevne, er viktig. Her kan psykologen ha en viktig rolle.



Reidar, som er 68 år gammel, er kommet for rehabilitering etter hjerneslag og er blitt tatt imot av det tverrfaglige teamet. Etter å ha snakket med lege og fysioterapeut er det tid for psykologen. Psykolog Even starter med å ønske velkommen og informerer så om hvem han er, og hva hans rolle er. Så spør han Reidar om hva han sitter igjen med etter å ha snakket med lege og fysioterapeut. Det gir Reidar anledning til å fortelle om hva han tar med seg fra de to konsultasjonene, og Even får nyttig informasjon om hvordan disse samtaler har vært for Reidar (emosjonelt), og hva han sitter igjen med (kognitivt). Deretter spør Even om Reidar har vært til psykolog før, hvilke forventninger han har til samtalen, og hva han kan hjelpe Reidar med, samt hans forventninger til hele rehabiliteringsoppholdet.

Vane 2 innebærer også å danne seg et bilde av hvordan både fysiske og psykiske symptomer påvirker pasientens hverdag. Som helsepersonell vet vi ikke på forhånd hvordan pasientene selv forstår sykdommen sin og plagene sine. For å gi best mulig hjelp må vi spørre dem om deres synspunkter og erfaringer forbundet med det som er tema i samtalen.

Dessuten er det viktig å få avklart pasientens opplevelse av å håndtere sine sykdommer. Ved kroniske sykdommer er det i høy grad opp til den eldre pasient og dennes pårørende å følge opp behandlingstiltak, for eksempel etterlevelse av medikamentell behandling og helsesråd om fysisk aktivitet og ernæring. Gjennomføringen av tiltak vil avhenge av pasientens egne erfaringer, kunnskaper og holdninger.

Å utforske pasientens perspektiv er forbundet med økt pasienttilfredshet (Lang et al., 2002). Pasienter som får uttrykke behovene og bekymringene sine, er mer fornøyd med helsehjelpen, uansett om behovene blir oppfylt eller ikke. Dessuten husker de bedre informasjonen som blir gitt, føler mer ansvar for å følge opp tiltakene som foreslås, og de blir mer åpne for vurderinger og forslag (Frankel et al., 2003).

Vane 3: Vis empati

Hovedelementer i denne kommunikasjonsvanen er at du er åpen for og fanger opp pasientens følelser, og at du gir uttrykk for empati både verbalt og ikke-verbalt. Dessuten er det viktig at du er oppmerksom på dine egne følelsesmessige reaksjoner, slik at du både registrerer informasjonen de gir, og regulerer dem på en hensiktsmessig måte. Å være åpen for pasientens følelser er ikke det samme som at du må snakke om dem med pasienten, men at du lytter etter pasientens uttrykk for følelser og ved behov responderer på dem på en hensiktsmessig måte. Ellers kan de komme til å stå i veien for hjelpen du skal gi.

Ulike pasienter vil i varierende grad klare å uttrykke følelser verbalt. Pasienter med somatisk sykdom vil oftest formidle følelser gjennom små hint (Zimmermann et al., 2007). Et utsagn som «Jeg er usikker på hvordan det går» kan være et hint om at pasienten er bekymret. Å mangle ord for følelser

kan være et generasjonsfenomen. Yngre eldre og eldre eldre vil gjennomgående uttrykke seg forskjellig. Personer som er over 80 år, er vokst opp i en tid med mindre åpenhet om følelser og psykiske plager enn det er i dag. Vi kan derfor oppleve at eldre pasienter idylliserer eller underrapporterer egne følelser.



Reidar forteller at han lurer på om han noen gang blir den samme etter hjerneslaget, og at han synes han husker mye dårligere enn før. Han er mye trett og utmattet og lurer på om han er blitt lat. Han hadde gledet seg til en aktiv tid som pensjonist sammen med sin kone Helene, og nå ser han at han kanskje ikke klarer dette. Dessuten gråter han lett og lurer på om han er blitt en pingle. Denne viktige informasjonen kom ikke fram før Even hadde formidlet kunnskap om vanlige reaksjoner etter hjerneslag, for eksempel at mange av de som rammes, får langvarig mental og fysisk utmattelse (Glader et al., 2002; Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag, 2017). Han plukket opp noen hint fra Reidar som hadde sagt «Det går vel i og for seg greit» og «Jeg kan jo ikke forvente at livet fortsetter å gå på skinner». Utforskningen av hintene hjalp Reidar til å fortelle mer om hvordan han egentlig hadde det.

I flere studier er det funnet at usikkerhet er den aller vanligste formen for hint (for eksempel Heyn et al., 2012). Reidar gir uttrykk for usikkerhet på om han noen gang blir den samme, om han klarer å leve med lammelsene etter slaget. Hintene tyder på at han er bekymret og redd, men han bruker ikke de ordene. I møte med pasienter som Reidar er det ekstra viktig å fange opp hintene og på en tydelig og empatisk måte anerkjenne og validere deres reaksjoner. Validering innebærer en tydelig formidling av at du anerkjenner pasientens fortelling, uten å argumentere mot den, og at du gir pasienten rom til å uttrykke følelsene videre. Empatisk utforskning kan her være «Når du sier det i og for seg går greit, får jeg inntrykk av at det også er noe som ikke er greit, kan du si mer om det?» Eksempler på validering kan være: «Det er ikke så rart at ...» og «Det er forståelig at ...» Når du validerer, vil pasienten oppleve å bli forstått og tatt på alvor. Hvis du ikke bruker muligheten til å utforske hva bekymringen går ut på, ved for eksempel å svare litt overflatisk at «Det går sikkert bra» og så skifte tema, vil pasienten raskt trappe ned hintene sine.

Det er solid dokumentasjon for en positiv sammenheng mellom empatisk kommunikasjon og en rekke viktige forhold, som pasienttilfredshet, etterlevelse, reduksjon i depressive plager, bedre livskvalitet og styrket mestring av egen sykdom (Neumann et al., 2012; Zimmermann et al., 2007). Empatisk kommunikasjon kan påvirke fysiologiske faktorer forbundet med sykdom, for eksempel en lavere forekomst av metabolske komplikasjoner ved diabetes (Del Canale et al., 2012).

Vane 4: Invester i avslutningen

Den fjerde vanen handler om hvordan du formidler informasjon og presenterer eventuelle konklusjoner og anbefalinger etter at pasienten er utredet. Vane 4 er altså langt mer enn bare selve avslutningen. Du tar utgangspunkt i det du vet om pasientens helsekompetanse og sykdomsforståelse fra vane 2 når du skal gi informasjon og foreslå hjelpetiltak.

Kari, 76 år, har hatt et hjerteinfarkt og kom hjem etter noen døgn på hjertemedisinsk avdeling. Hun hadde fått infarkt da hun var på hytta. Hun hadde alltid stolt på kroppen sin og vært fysisk aktiv. Nå følte hun seg svak, at hun hadde en slags hjernetåke, og hun stolte ikke lenger på hukommelsen sin. Hun fryktet at hun var i ferd med å bli dement. Det

var vanskelig å huske mye av det hun hadde fått av informasjon på sykehuset. Hun hadde fått foreskrevet både betablokkere og kolesterolsenkende og blodfortynnende medisin, og bare det å skulle huske å ta alle medisinene var overveldende. Kari hadde heldigvis en oppfølgingssamtale med psykolog på sykehuset neste dag. Hun følte at hun trengte hjelp til å sortere i alt hun hadde gått gjennom.

Under samtalen oppdaget psykologen nettopp at det var mye hun ikke hadde fått med seg fra utskrivingsamtalen. Hun hadde ikke turt å spørre av respekt for legen. Det samme kan skje i møte med psykologen. I samtalen med Kari forklarte psykologen at det å streve med å motta informasjon og å huske dårligere kan være en følge av stressbelastningen ved å gjennomgå sykdom og behandling, men også en naturlig del av aldringsprosessen. Mange pasienter merker at de har mild kognitiv svikt og kan derfor være redde for at de er i ferd med å bli demente. At mild kognitiv svikt ikke nødvendigvis betyr at det foreligger demens, kan derfor være fint å informere om. Psykologen kom også med konkrete forslag til hvordan Kari kunne huske å ta medisinene sine og ha oversikt over denne viktige delen av behandlingen.

En norsk studie av pasienter etter hjerteinfarkt viste at et flertall, uansett alder, hadde store vansker med etterlevelse av behandlingstiltak og helse råd for å forebygge et nytt infarkt (Sverre et al., 2017). Når du skal gi informasjon til eldre pasienter i en slik situasjon, er det ekstra viktig å bruke et språk som pasienten forstår og kjenner seg igjen i. I vårt tilfelle hadde ikke psykologen truffet Kari før og måtte derfor gå tilbake til vane 2 for å kunne skreddersy informasjonen til Karis oppfatning av sykdommen.

Deretter kommer jobben med å formidle informasjon slik at pasienten forstår og husker det som blir sagt. Prioriter hva du vil si, ikke alt er like viktig. Gi informasjonen i små porsjoner, og ta en pause mellom hver bit av informasjon. Involver pasienten ved å gjøre det til en dialog, ikke en forelesning. Og sjekk at pasienten har forstått. Du kan spørre: «Hva tar du med deg av det jeg har sagt?», eller «Hva vil du si til de der hjemme når de lurer på hva vi snakket om på sykehuset?» (Gulbrandsen & Finset, 2019). Spør til slutt om det er noe pasienten fortsatt lurer på, og forsikre deg om at det er gjort klare avtaler.

Konklusjon

I årene fremover vil en økende gruppe eldre pasienter leve med flere kroniske sykdommer. Muligheten de har til å delta aktivt i egen behandling, ta gode helsevalg og etterleve helse råd vil i høy grad avgjøre funksjonen og livskvaliteten deres. Det stiller krav til at psykologer og annet helsepersonell evner å skape gode samtaler der pasientens sykdomsforståelse, erfaringer og synspunkter får plass. Her kan kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner være et nyttig redskap. Den er også et effektivt verktøy når du som psykolog skal veilede annet helsepersonell i hvordan de kan kommunisere med pasienter på en hensiktsmessig måte.

Referanser

Brooks, C., Ballinger, C., Nutbeam, D. & Adams, J. (2017). The importance of building trust and tailoring interactions when meeting older adults' health literacy needs. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2428–2435. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1231849>



- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
- Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K. & Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counselling*, 51(3), 259–266. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00225-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00225-2)
- Finset, A. & Lie, H. C. (2024). Helsekommunikasjon og helsekompetanse. I A. K. Wahl, K. S. Pettersen & S. Helseth (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 254–263). Fagbokforlaget.
- Frankel, R. M., Stein, T. & Krupat, E. (2003). *The four habits approach to effective clinical communication*. The Kaiser Permanente Medical Group. Physician Education and Development. Bearbeidet for norske forhold av Finset, A., Gulbrandsen, P. & Westgaard, E. E. (2007).
- Glader, E. L., Stegmayr, B. & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33(5), 1327–1333. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000014248.28711.d6>
- Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2019). *Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F. & Finset, A. (2009). Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 129, 2343–2346. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0261>
- Hansson, A., Svensson, A., Ahlström, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B. & Alsén, P. (2018). Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680–689. <https://doi.org/10.1177/1403494817716001>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Heyn, L., Ruland, C. M. & Finset, A. (2012). Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patients' cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.024>
- Hyltmo, I., Fjerstad, E., Bragason, Á., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A. H., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 134, 1925–1926. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0500>
- Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M. & Finset, A. (2010). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.028>
- Kvæl, L. A. H., Bye, A., Bergland, A. & Olsen, C. F. (2025). Healthcare professionals' experiences of the Four Habits Model communication course: a qualitative and survey approach to evaluate impact in an intermediate care setting. *BMJ Open*, 15(3), e091143. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091143>
- Kvæl, L. A. H., Gulbrandsen, P., Werner, A. & Bergland, A. (2024). Implementation of the four habits model in intermediate care services in Norway: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 24(1), Artikkel 1196. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11647-z>

- Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag. (2017). *Fatigue – den usynlige fienden* (Brosjyre). <https://prod.lhl.no/globalassets/brosjyrer/fatigue---den-usynlige-fienden.pdf>
- Lang, F., Floyd, M. R., Beine, K. L. B. & Buch, P. (2002). Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Family Medicine*, 34(5), 325–330.
- Mørkhagen, P. L., Hyldmo, I. & Berge, T. (2025). *Kommunikasjon som verktøy. Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon. Metode, gjennomføring og erfaringer fra norske sykehus og helsehus*. Hefte. Diakonhjemmet sykehus.
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M. & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*. King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/long-term-conditions-mental-health>
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M. & Edelhäuser F. (2012). Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1). <https://doi.org/10.3205/ZMA000781>
- Pettersen, K. S. (2024). Helsekompetanse hos eldre. I A. K. Wahl, K. S. Pettersen & S. Helseth (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 94–105). Fagbokforlaget.
- Rizzuto, D., Melis, R. J. F., Angleman, S., Qiu, C. & Marengoni, A. (2017). Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 65(5), 1056–1060. <https://doi.org/10.1111/jgs.14868>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*. <https://extra.skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/battrelivforsjukaaldrenkvalitativuppfoljning.64706.html>
- Sverre, E., Peersen, K., Husebye, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T., Otterstad, J. E., Dammen, T. & Munkhaugen, J. (2017). Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, Artikkel 40. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0387-z>
- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert M. G. & Faber M. J. (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity: a qualitative approach. *Health Expectations*, 21(2), 528–538. <https://doi.org/10.1111/hex.12647>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>

