

Om de manliga läkarstudenterna brister i empati (1):

Inför i så fall stödundervisning!

Om det verkligen förhåller sig så, att manliga läkarstudenter i högre grad än kvinnliga förlorar sin empatiska förmåga visavi patienter måste läkarutbildningen kompensera för detta.

Två inlägg kommenterar en medicinsk kommentar och en artikel i Läkartidningen 15/97 som diskuterade en studie av läkarstuderandes attityder till utbildningen.

Empati innebär en förmåga att förstå och leva sig in i en annan persons situation. Strand och medarbetare fokuserar i Läkartidningen 15/97 på en viktig del av den professionella läkarens roll, nämligen förmågan till empati och helhetssyn. Deras studie visade en trend till minskad empatisk förmåga under loppet av några terminer bland studenterna i en av studiegrupperna. Även om minskningen bara sågs i gruppen manliga »kontroller», och dessutom inte var statistiskt säkerställd, är detta en viktig och allvarlig observation. Kontrollgruppen hade fått en helt traditionell utbildning utan extra stöd avseende utveckling av empatisk förståelse, självkänedom, läkare-patientrelation och professionellt förhållningssätt.

Författarna poängterar själva att det finns litteratur som påvisat en nedgång av den empatiska förmågan under en traditionell utbildnings gång, men finner att deras egna studenter som under ett par terminer fått extra handledning åtminstone inte tycks försämrats. Andra rapporter visar dels att empati knappast ökar efter kortare kurser i kommunikationsteknik [1], dels att effekten av en kortare kurs är övergående [2].

Craig [2] fann en signifikant förbättring av flera kvaliteter, inklusive intervjueteknik och empati, direkt efter en

speciell kurs inom området. Han såg dock att effekterna minskade efter några år i takt med att studenterna i stället förbättrade sin direkta problemlösningsförmåga. För att motverka detta föreslog han upprepade kurser under utbildningens gång. Från USA har i stället nyligen betonats att humaniora, såsom litteratur [3] och filosofi [4], borde ingå i läkarutbildningen för att upprätthålla kompetenser i empati, etik etc.

Linköpingsmodellen

I Linköping har vi sedan drygt tio år tillbaka en utbildningsform som bl a strävar efter att ge våra studenter empati, helhetssyn och god kommunikationsförmåga. Vår idé är att träning av dessa kompetenser påverkar individens mognad och utveckling, och därför måste förekomma kontinuerligt under hela utbildningen. Utan speciella insatser för att förstärka utvecklingen av kompetenser inom detta område torde inlärningen bli mer slumpmässig, nämligen relaterad till de förebilder som studenten mest kommer i kontakt med. Just de fenomen som Strand och medarbetare, liksom andra författare, visat – nämligen att effekterna av kortare kurser är övergående och att den traditionella utbildningen tenderar att »dränka» bl a den empatiska förmågan – talar för att kommunikation måste betonas kontinuerligt.

Våra studenter träffar patienter första gången inom två veckor från kursstarten. Därefter har de under de första fem terminerna en eftermiddag varannan vecka med speciell träning i »strimman kommunikation, samtalskonst och helhetssyn» [5]. Avsikten är att svårighetsgraden i samtalsituationen gradvis skall öka. Varje pass handleds och utvärderas av en speciellt utbildad distriktsläkare och en beteendevetare. Dessutom tenteras studenterna specifikt på sin kommunikationsförmåga inom de s k stadietentamina efter tre, fem och tio terminer. Videospeglning ingår både »till vardags» och vid tentamen.

Under termin 6, 7, 8 och 9 återkommer dessa moment, men nu i mer speciella former, såsom samtal med patient som får besked om svår kronisk sjukdom, krissamtal etc. Under termin 8 samlas alla studenter till ett internat, där man arbetar med frågor om samtalskonst, patient-läkarrelation, ledarskap etc. Med hjälp av detta kontinuerliga

program tror vi att studenternas empatiska och kommunikativa förmåga successivt får utvecklas, stärkas och mogna.

Ytterligare en fördel med att inkludera träning i kommunikations- och samtalskonst från första början av utbildningen är att detta innebär att studenter som inte är lämpade för läkaryrket själva tidigt kan komma till insikt härom. En student som först efter fem till sex terminer träffar patienter har investerat oerhört mycket tid, studielån och prestige i sin redan långa utbildning, varför det finns ett stort motstånd mot att ändra inriktning på detta stadium. Om dessa insikter nås redan efter en eller ett par terminer är investeringen inte så stor och därmed inte heller motståndet mot en förändring. Om denna hypotes är sann vet vi inte, men den stöds av att de studieavbrott som görs hos oss, sker framför allt under de allra första terminerna; mycket få avhopp görs därefter.

Helhetssynen betonas också i basgruppsverksamheten, där målen för inhämtande av teoretisk baskunskap definieras av patientfall från den verkliga kliniska verksamheten. I ett PBI-system skall dessa fall inspirera studenterna att ställa frågor och inhämta kunskaper inom både basvetenskaper, såsom t ex cellbiologi/farmakologi, och etik och samhällsmedicin [6-8]. Detta motverkar fragmentering av kunskapsinnehållet och sätter delkunskaperna in i ett större, holistiskt sammanhang. Efter varje PBI-grupp utvärderar samtliga deltagare både gruppens arbete och sin egen insats, vilket gör att individen övas i att vara observant på både relationer och sitt eget agerande.

En utvecklingstrappa

Vi har nyligen beskrivit den trappa vi ansett oss ha byggt upp för att stödja studenternas personliga och professionella utveckling med hjälp först av »strimman», därefter de s k Balintgrupperna, som har som syfte att stödja studenterna i svåra situationer ute i den kliniska vardagen, och – som tredje steg – ledarskapsgrupper som studenterna erbjuds delta i under de tre sista terminerna av sin utbildning [9].

Erfarenheterna är entydiga: de allra flesta studenterna är mycket kunniga i att kommunicera med såväl patienter och anhöriga som övrig vårdpersonal när de påbörjar det kliniska stadiet un-

Författare

PIA FORSBERG

docent, överläkare, studierektor/utbildningsledare, läkarutbildningen

MATS HAMMAR

docent, överläkare, f d utbildningsledare, kvinnokliniken; båda vid Universitetssjukhuset, Linköping.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

der termin 6. Få studenter blir underkända i delmomenten »patientkontakt-kommunikationsförmåga» i de olika stadientamina. Våra studenter tycker också när de gör sin AT efter genomgången utbildning att just kommunikationsförmågan är väl tränad och tillgodosedd inom Linköpingsmodellen [10]. Det framkommer också i en nyligen påbörjad undersökning av vad deras AT-handledare anser om våra f d studenter.

Mer utbildning i samtalskonst för männen?

Strand och medarbetare hävdar att manliga läkarstuderande i Stockholm möjligen har lättare att tappa sin empatiska förmåga än kvinnliga. De presenterade resultaten är dock ej helt övertygande; materialet är litet, hur kontrollgruppen valts är oklart, t ex huruvida grupperna i något avseende är matchade. Det påpekas också ofta hur svårt det är att mäta kommunikationsförmåga och empati [11, 12]. Om resultaten ändå är sanna, är detta en synnerligen väsentlig kunskap. En läkare som tror på betydelsen av kommunikation och psykosociala mekanismer har också ett annat sätt att kommunicera i den verkliga läkar-patientsituationen [13]. En sådan läkare ställer oftare öppna frågor och visar mer förståelse och empati, vilket leder till att patienten blir mer aktiv, uttalar åsikter och vågar ta ett större eget ansvar för sin sjukdom och sin behandling [13]. En läkare som kan visa empati torde alltså ha lättare att engagera patienten och får därmed större förutsättningar att ställa rätt diagnos, ge adekvat behandling och få bra följsamhet.

Det är förstås högst beklagligt om manliga läkare får en sämre empatisk och kommunikativ förmåga under studiernas gång, och därmed som färdiga läkare inte får med sig ett viktigt redskap för sin framtida verksamhet.

Strands och medarbetares data borde följas av en större studie, gärna av multicenter typ, i Sverige, där olika modeller för träning av empati och kommunikation kan jämföras. Vidare skulle det vara intressant att studera orsakerna till studieavbrott, samt när dessa görs vid olika läkarutbildningar i relation till när studenterna börjar träna patientkontakt.

Om fynden kan bekräftas – att det finns könsskillnader i utveckling av den empatiska förmågan – är det ett bra förslag att satsa mer utbildning i t ex samtalskonst för de manliga studenterna. Detta borde, som författarna också anger, kombineras med annan extra utbildning för de kvinnliga studenterna, t ex i ledarskap, facklig utbildning eller sammanträdesteknik.

Det är kanske inte helt otroligt att manliga studerande som grupp faktiskt kan ha en mindre empatisk förmåga än

kvinnliga. En typisk kvinnlig egenskap är ju just en relationsskapande förmåga som stimulerar till inlevelse och parumgånge (flickor-flickor i tonåren) i kontrast till pojkarnas gängrelationer. I så fall måste också Sveriges medicinarutbildningar försöka kompensera för denna verklighet. Att väva in träning i kommunikation, samtalskonst och empatisk förmåga under hela utbildningen gör att dessa kompetenser tillåts mogna och växa i takt med de rent biomedicinska kunskaperna, i stället för att trängas undan av dessa.

Referenser

1. Moorhead R, Winfield H. Teaching counselling skills to fourth-year medical students: a dilemma concerning goals. *Fam Pract* 1991; 8: 343-6.
2. Craig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1992; 26: 276-81.
3. Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The study of literature in medical education. *Acad Med* 1995; 70: 787-94.
4. Kopelman LM. Philosophy and medical education. *Acad Med* 1995; 70: 795-805.
5. Svedin CG, Kock M. Läkarutbildning i förändring: Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst. *Läkartidningen* 1990; 87: 2471-3.
6. Vernon D, Blake R. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68: 550-63.
7. Bergdahl B, Ludvigsson J, Koch M, Wessman J. Undergraduate medical education in Sweden: A case study of the Faculty of Health Sciences at Linköping University. *Teaching and Learning in Medicine* 1991; 3: 203-9.
8. Schmidt HG. Foundation of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ* 1993; 27: 422-32.
9. Hammar M, Gustavsson P, Svedin CG, Domeij D, Hejil A. Personal and professional development in the training of communication and leadership in undergraduate medical education. *Education for Health, Change in Training & Practice* 1997; 10: 57-68.
10. Hård af Segerstad H, Forsberg P, Hammar M, Borulf Å. Önskemål i enkät bland AT-läkare i Linköping: Mer om ledarskap och undersökningsteknik. *Läkartidningen* 1996; 93: 4319-22.
11. Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, Burrows GD. Psychological test to measure the effects of medical education on students' interpersonal skills. *Med Educ* 1989; 23: 492-7.
12. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 121-33.
13. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 375-9.

Kommentar (2):

Mötet läkare-patient fundamentet i läkekonsten

Strands och medarbetares artikel tar upp ett viktigt område, nämligen läkarutbildningen med fokus på handledning.

En betydelsefull insats gjordes redan 1979 av Gerdt Wretmark, psykiatriprofessor i Linköping, då han skapade kursen »terapeutisk hållning, relationer, samtalskonst» [1]. Utbildningen gavs inom ramen för ämnet medicinsk psykologi. Studenterna värderade denna samtalsträning högre än den traditionella, ofta katedrala, undervisningen. Kursen, som oftast förlades till internat upp till en vecka, ansågs vara en påfrestande, men samtidigt positiv upplevelse. Studenternas aktiva intresse av förbättrad samtalsmetodik bidrog i hög grad till att kursen, ibland något omarbetad, under 1980-talet infördes på landets läkarlinjer. Stockholm ställde sig utanför med hänvisning till »stora kurser». Där genomfördes å andra sidan den utbildning av läkarlärare som låg till grund för samtalshandledning.

På några kursorter erbjöds studenterna efter hand träning i patientsamtal under medicin-kirurgiåret. Specialtränade läkare på de somatiska klinikerna använde samma pedagogik och videoteknik som studenterna mött under internatkursen [2, 3].

Kursen har ej objektivt evaluerats avseende effekt, men skriftlig utvärdering sista kursdagen och efter sex månader har oftast angett värdefulla upplevelser. Resultat och kommentarer är påfallande likartade, oavsett om kursen givits till specialister eller läkarstuderande.

Nätverk för studierektorer

Ämnet medicinsk psykologi, som funnits inom läkarutbildningen sedan 1974, omfattar bl a terapeutisk hållning och patient-läkarrelationer. Till Svens-

Författare

JAN DOCK

chefsöverläkare, psykiatriska sektorskliniken, Norrtälje; ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för medicinsk psykologi.