

Lena Karlberg, specialist i allmänmedicin (*lena.karlberg@medks.ki.se*)

Carl Lindgren, specialist i pediatrik, ordförande i kurskommittén för professionell utveckling, Karolinska institutet (*carl.lindgren@medks.ki.se*); båda studierektorer vid Doktorsskolan, Karolinska institutet, Stockholm

Att kunna samtala med patienten – aktuellt examensämne för läkarstudent

En utbildningsinvestering som lönar sig

II Förutsättningarna för en fruktbar konsultation ur såväl patientens som läkarens synvinkel är att relevant information avseende symtom och tankar kring dessa både har meddelats och mottagits korrekt. Dessutom krävs att en ömsesidig förståelse och ett samförstånd beträffande planerade åtgärder har uppnåtts samt att en förtroendefull relation har skapats [1].

Det är dock bevisligen inte alltid vi uppnår detta i vår kliniska praxis. Undersökningar visar att vi inte alltid handlar efter den hypotetiskt deduktiva metoden vad gäller diagnostik och behandling. Vi har en tendens att följa vår egen agenda snarare än patientens. Det finns en risk att vi relativt tidigt och mer eller mindre omedvetet bestämmer oss för vad som är orsaken till patientens symtom. Därefter söker vi selektivt den information som behövs för att styrka vårt första antagande [2].

En sådant arbetssätt har sannolikt bidragit till utvecklingen av en mängd besvikna patienter som lämnar mötet med sin läkare utan att deras problem lösts eller att orsaken till dem ens identifierats. Detta kan leda till en ökande uppgivenhet bland de läkare som – trots goda naturvetenskapliga kunskaper – känner att de inte kunnat hjälpa patienten.

Man kan följaktligen lockas till konsultremisser till andra specialister, beställning av ytterligare radiologiska eller biokemiska undersökningar, med åtföljande eskalerande sjukvårdskostnader.

Trots våra allt större medicinska möjligheter till utredning och diagnostik noteras en ökad efterfrågan på alternativa och/eller komplementära behandlingsformer. Dessa yttringar kan vara tecken på brister i den kommunikativa processen mellan vårdtagare och vårdgivare [3].

Det patientcentrerade samtalet

Ett sätt att förbättra möjligheterna till ett ömsesidigt fruktbart möte mellan läkare och patient är att använda sig av det patientcentrerade samtalet i konsultationen. Denna metod är ingenting som man som läkare automatiskt tillägnar sig genom att tala med en stor mängd patienter, utan den förutsätter struktur, ödmjukhet, förmåga till perspektivbyte och empatisk talang [4-9].

Hittills har dock undervisning i denna färdighet haft jämförelsevis låg prioritering i läkarutbildningen. Det var först under 1990-talet, med Linköping som första seriösa initiativtagare, som kommunikationsfärdigheter successivt fick ett utrymme på schemat [10]. I USA har the Association of Ameri-

Sammanfattat



En långsiktig och strukturerad utbildning för läkarstudenter om hur man samtalar med patienter har i stort sett saknats såväl i Sverige som internationellt.

Behovet av detta har dock successivt insetts, och strukturerad utbildning i detta ämne har nu startats vid de medicinska högskolorna.

Studenter som genomgått sådan utbildning uppskattas signifikant högre av de standardiserade patienter som använts vid examination med klinisk applikation.

Sedan 1998 finns Doktorsskolan vid Karolinska institutet. Doktorsskolan värnar om den humanistiska delen av läkarutbildningen, och kärnverksamheten är att studenterna tränar det patientcentrerade samtalet under professionell handledning.

Tema: Medicinsk utbildning

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

can Medical Colleges nu uppmärksammat »communication in medicine« som en betydelsebärande del av den medicinska utbildningen. En strukturerad undervisning i detta ämne ska omgående inkluderas i studieplanen vid alla medicinska högskolor i USA. Med start 2004 kommer också alla läkarstudenter i USA att examineras i detta ämne vid särskilda centra [11].

I Sverige examineras studenterna i det patientcentrerade samtalet sedan en tid tillbaka vid flera medicinska högskolor.

Vetenskaplig studie visar värdet av kommunikationsträning

Värdet av god kommunikationsfärdighet har aktualiserats genom en studie av Yedida och medarbetare som övertygande visar att denna färdighet verkligen kan tillägnas via ett strukturerat

II Fakta 1

Kriterier i amerikanska utbildningsstudier

Samma dokumenterade undervisningsmodell användes [13]. Utbildningen fokuserade på ett antal gemensamma färdigheter i enlighet med relevant litteratur, och den organiserades kring konsultationens struktur och olika delmoment [14]. Varje skola avsatte speciell tid till samtalsträning och gjorde den till en integrerad del av den kliniska undervisningen. Vid varje skola stöddes interventionen med utbildning av handledare för att säkerställa god handledning och individuell återkoppling till studenterna.

rat utbildningsprogram [12]. Vid tre medicinska högskolor (New York University, University of Massachusetts och Case Western Reserve University) introducerades 2000–2001 ett utbildningsprogram i kommunikationsträning för medicine studenter under deras tredje år. Införandet av programmet på de tre lärosätena var inte identiskt utan anpassades till respektive universitets kultur, historia och ämnesorganisation. Fyra viktiga punkter delades dock av alla de medicinska högskolorna (Fakta 1).

Effekten av utbildningen mättes med utvärderingsinstrumentet »Objective Structured Clinical Examination« (OSCE) genom att studenterna fick lösa olika kliniska problem som illustrerades av standardiserade patienter [15]. De standardiserade patienterna, som var ovetande om vilka av studenterna som genomgått utbildningen, värderade studenterna ur 21 olika aspekter inom fem avgränsade områden som visat sig väsentliga för ett lyckat möte mellan patient och läkare (Fakta 2).

De studenter som hade genomgått programmet ($n=138$) gavs signifikant ($P<0,001$) högre värderingspoäng av de standardiserade patienterna inom samtliga dessa fem huvudområden än de studenter som inte randomiserats till programmet ($n=155$).

Doktorsskolan vid Karolinska institutet

Hösten 1998 infördes Doktorsskolan som en integrerad del av läkarutbildningen på Karolinska institutet med målsättningen [16] att ge studenterna:

- Tidig insikt i läkaryrket.
- Förmåga att kunna se människan bakom symtomet.
- Möjlighet att utveckla sin självkänedom.
- Förmåga att föra patientcenterade samtal med riktiga patienter under professionell handledning.
- Förmåga att integrera humaniora och naturvetenskap i vården av den enskilda patienten.

Intentionen från dåvarande programkommittén vid Karolinska institutet var att Doktorsskolan skulle löpa som en röd tråd genom alla elva terminerna med successivt ökande krav på studenterna vad gäller bemötande och kommunikation med patienterna.

Hittills har utbildningen emellertid begränsats till de fyra första terminerna. Sedan hösten 1998 har sålunda samtliga studenter från första till femte termin under tre hela dagar per termin fått träffa riktiga patienter och träna det patientcenterade samtalet som ett obligatoriskt moment. Samtalen spelas in på video, och studenterna får konstruktiv återkoppling av sina handledare.

Under de tre dagarna ska handledarna vara helt frånkopplade

II Fakta 2

Avgörande för fruktbart patientmöte

Fem områden med sammanlagt 21 färdigheter hos läkaren visade sig avgörande för ett fruktbart möte mellan patient och läkare och inom vilka studenterna bedömdes av standardiserade patienter [12].

1. Förmåga att bygga upp och bibehålla en fruktbar relation:
 - Tillät patienten att tala utan att avbryta.
 - Reagerade verbalt på patientens känslouttryck.
 - Avhöll sig från subjektiva värderingar.
 - Förmedlade ett deltagande och en önskan att hjälpa.
 - Förklarade fackuttryck på ett enkelt sätt.
 - Var vaksam på icke-verbal kommunikation (kroppsspråk).
2. Förståelse och korrekt tolkning av de presenterade symtomen:
 - Ställde en fråga i taget.
 - Använde öppna frågor som successivt snävades in.
 - Efterhörde patientens egen uppfattning om symtomen.
 - Sammanfattade det berättade för att kontrollera att det uppfattats rätt.
3. Information och rådgivning till patienten:
 - Repeterade och sammanfattade viktig information.
 - Efterhörde patientens åsikt vad gällde behov av åtgärder och dessas fördelar respektive nackdelar.
 - Gav informationen i mindre avgränsade block.
 - Åstadkom en samarbetsrelation.
4. Förmåga att nå samförstånd vad gäller vidare åtgärder:
 - Sammanfattade problemet eller tillståndet.
 - Redogjorde fullständigt för olika behandlingsalternativ.
 - Efterhörde patientens uppfattning om den föreslagna behandlingen.
 - Formulerade en överenskommelse om samarbete.
5. Organisation och tidsplanering:
 - Följde patientens agenda.
 - Genomförde konsultationen systematiskt och effektivt.
 - Avslutade samtalet med en sammanfattning som ledde till någon form av slutsats.

lade sin vanliga mottagning, och dessa dagar måste anpassas till de fyra studenter som han/hon har ansvar för.

Alla handledare är rekommenderade och utbildade

Alla som utbildats till handledare i Doktorsskolan har blivit rekommenderade av någon kollega, student, patient eller verksamhetschef. De har därefter erbjudits utbildning inför ett två-årigt uppdrag. Handledarutbildningen pågår under en vecka, varav tre dagar på internat. Utbildningen fokuserar på det humanistiska inslaget i vården, och tyngdpunkten ligger på praktisk träning av det patientcenterade samtalet och på konsten att ge konstruktiv återkoppling på videoinspelade patientsamtal. De lärare som utbildar de blivande handledarna har stor erfarenhet inom området och är mycket väl samordnade. Som hemuppgift mellan internatdagarna och den slutliga uppföljningsdagen krävs ett eget inspelat patientsamtal där deltagarna får ge varandra återkoppling under överinseende av de erfarna lärarna (återkoppling på återkoppling). Utbildningen innefattar också ett grupparbete kring hur man ska ta hand om sina studenter under terminen, och en detaljerad plan ska presenteras före kursens avslutning. Handledarnas slutgiltiga uppdrag blir att lära ut följande basala byggstenar i det patientcenterade samtalet:

- Starta öppet.
- Lyssna utan att avbryta efter öppen invitation.

II Fakta 3

Utbildningsprogram i USA och Sverige

Likheter mellan det amerikanska utbildningsprogrammet [12] och Doktorsskolan [16] vad gäller struktureringen av kommunikationsträningen.

<i>Den amerikanska utbildningen</i>	<i>Doktorsskolan</i>
Använda öppna frågor.	Starta öppet.
Tillåta patienten att tala utan att avbryta.	Lyssna färdigt utan att avbryta efter öppen invitation.
Förmedla deltagande och önskan att hjälpa.	Bekräfta patienten.
Reagera verbalt på patientens känslouttryck.	Reagera verbalt på patientens känslor.
Repetera och sammanfatta viktig information.	Klargöra.
Sammanfatta det berättade för att kontrollera att det uppfattats rätt.	Sammanfatta.
Vara vaksam på icke-verbalt kommunikation.	Vara närvarande.

- Vara närvarande.
- Bekräfta patienten.
- Reagera verbalt på patientens känslor.
- Klargöra.
- Sammanfatta.

Samma byggstenar ingår också i den bedömningsmall som föreligger vid studenternas examination i ämnet på termin fyra.

Endast riktiga patienter i Doktorsskolan

Det är intressant att kunna konstatera att dessa byggstenar i mycket hög grad överensstämmer med dem som förekommer i Yedidas studie (Fakta 3).

Andra likheter med Yedidas uppläggning av utbildningen är handledarutbildning, gemensam utbildningsmodell och särskild tid avsatt för samtalsträning.

Till skillnad från den studie som Yedida presenterar använder Doktorsskolan enbart riktiga patienter i utbildning och examination. Skälet till detta är att emotionella gensvar från studenterna har visat sig innebära stora svårigheter när det gäller bemötandet av standardiserade patienter. Detta uppmärksammades då examination i det patientcenterade samtalet infördes 2000 och hälften av studenterna (64) fick träffa standardiserade patienter, medan hälften fick träffa riktiga patienter. Vid det tillfället hade erfarna examineringer från olika delar av landet anlits för att bedöma de videospelade student-patientsamtalen. Stora svårigheter att bekräfta standardiserade patienter och att reagera på deras känslor blev då uppenbara, vilket föranledde vårt beslut att i fortsättningen endast använda riktiga patienter.

Träning på både sjukhus och vårdcentraler

För att studenterna ska få se och uppleva såväl öppen som sluten vård är hälften av handledarna distriktsläkare och hälften sjukhusanslutna, kliniskt verksamma läkare. Utbildningen för dessa sker gemensamt, vilket också ger tillfälle till ökad förståelse för varandras vardag och ökad respekt för varandras yrkesutövande. Efter två terminer byter sjukhusläkare och distriktsläkare studentgrupper efter att ha informerat varandra

om hur den egna gruppen har fungerat och vilka moment som de enskilda studenterna behöver tränas ytterligare i.

Yedida har i sin artikel inte tagit upp vikten av att handledarna upprätthåller sin kompetens. Handledarna i Doktorsskolan får möjlighet att fördjupa sin kompetens i såväl det egna patientsamtalet som förmågan att ge återkoppling genom fortbildning vid slutet av varje termin.

Studenterna ställer nu högre krav

Den första kullen studenter som genomgått Doktorsskolan startade således sin läkarutbildning hösten 1998 och avslutade sin sista termin hösten 2003. Lärare för kursen i socialmedicin (termin nio) som har som uppgift att lära ut det motiverande samtalet har meddelat oss studierektorer att de uppfattade en avsevärd skillnad i positiv bemärkelse i patientsamtalen efter Doktorsskolans införande. Kursplanen fick läggas om så att kraven på studenterna redan från början höjdes.

De distriktsläkare som sedan många år handleder studenter på termin elva under kursen i allmänmedicin har också kontaktat Doktorsskolan. De berättar hur de uppfattat att studenterna skiljer sig i positiv bemärkelse från tidigare studenter i sitt sätt att samtala med och bemöta patienter.

Studenterna har nu själva börjat ställa krav på att få träffa utbildade handledare även på de högre, kliniska terminerna. Hösten 2003 genomfördes därför ett pilotprojekt på ett av utbildningssjukhusen i Stockholm (Södersjukhuset) där ett urval av kliniska handledare (huvudsakligen ST-läkare) på olika kliniker fick en handledarutbildning som i princip liknade den som handledarna vid Doktorsskolan gått igenom.

Fortsatt träning med ökande svårighetsgrad

Vi är övertygade om att fortsatt träning under utbildningen i patientcentrering med tilltagande svårighetsgrad skulle leda till stora vinster för framtidens sjukvård. Sådana områden med ökande svårighetsgrad skulle kunna vara:

- Genusperspektivets betydelse i mötet mellan läkare och patient.
- Treparsamtal: t ex förälder-barn, dement-anhörig.
- Tolksamtal.
- Informationssamtal: t ex vid kronisk sjukdom, cancerbesked, dödsbesked till anhörig.
- Samtal inför döden.

Studier som stödjer detta antagande har visat att patienter hos läkare med patientorienterat arbetssätt både känner sig friskare och blir friskare objektivt sett. De gör även färre återbesök och tar större ansvar för sin vård [17-20] och följer givna ordinationer i högre grad [21]. Patientcentrering leder dessutom till färre komplikationer efter operativa ingrepp och kortare vårdtider [22]. En läkarutbildning som bygger på kontinuerlig integrerad träning i patientcentrering skulle på så sätt resultera i nöjdare patienter, minskade sjukvårdskostnader och kanske kunna ge utrymme för en mindre stressande arbetsmiljö än den som idag präglar sjukvården.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Ottosson JO, redaktör. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och kultur; 1999. SBU:s publikationsserie nr 144.
2. Elstein AS, Schulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving: An analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass, USA: Harvard University Press; 1978.
3. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. Abacus. London: Little, Brown and Company; 1999. p. 393-402.
4. Karlberg L. Det goda samtalet. Läkartidningen 2000;97:4862-4.
5. Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consulta-

ANNONS

ANNONS

tion? Videotaped interviews analysed by the »consultation map« method. *Fam Pract* 1992;9:61-5.

6. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives in patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-88.
7. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. Konsultationen – kommunikation mellan läkare och patient. Lund: Studentlitteratur; 1994.
8. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novac Dennis D, et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303:1385-7.
9. Henbest R, Stewart M. Patient centredness in the consultation. 1: A method for measurement. *Fam Pract* 1989;6:249-53.
10. Wahlqvist M, Skott A, Björkelund C, Gause-Nilsson I, Dahlin B, Mattsson B. Konsultationen lärs bäst genom handledning i ett kliniskt sammanhang. *Läkartidningen* 2001;98:3238-44.
11. Lurie SJ. Raising the passing grade for studies of medical education. *JAMA* 2003;290:1210-2.
12. Yedida MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003;290:1157-65.
13. Lipkin M, Kaplan C, Clark W, Novak DH. Teaching medical interviewing: the Lipkin model. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The medical interview: clinical care, education and research*. New York: Springer; 1995. p. 422-35.
15. Bullimore DW. The OSCE. I: Study skills and tomorrow's doctors. London: WB Saunders Co Ltd; 1998. p.150-5.
16. Karlberg L. Läkarstudenter tränar patientkontakt under kompetent handledning. *Läkartidningen* 1999;96:4348.
17. Huygen F, Mokkink H, Smits A, et al. Relationship between working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract* 1992;42:141-4.
18. Beckman H, Kaplan SH, Frankel R. Outcome based research on doctor-patient communication. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communication with medical patients*. Newsbury Park: Sage Publ; 1989. p. 223-7.
20. Roter D, Hall J, Katz N. Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Pat Educ Counsel* 1988;12:99-119.
21. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979.
22. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Pat Educ Couns* 1992;19:129-42.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://larkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

A continuous and structured training in communication skills for medical students still has a comparatively low priority in the curriculum of Swedish medical schools. A recent American study has demonstrated the value of incorporating such training programs during the early phase of medical studies. The effect of this reported intervention program was evaluated with objective structured clinical examination (OSCE). Significantly higher satisfaction in the medical encounter was documented among patients who met students trained in patient centeredness than among those who met students randomised to a control group. Thus, communication training for medical students improves specific competencies known to affect outcome of care. We report our experience with a similar model of a communication-training program during the first four semesters, with examination at the end of the program, which has been part of the pre-clinical curriculum since 1998 at the Karolinska Institute in Stockholm, Sweden.

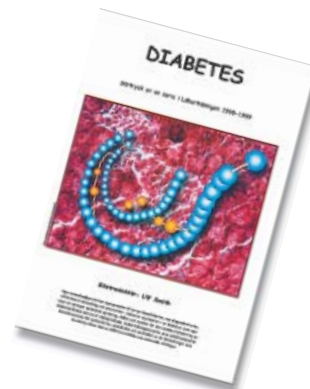
Lena Karlberg, Carl Lindgren
 Correspondence: Carl Lindgren, Doktorsskolan, Allmänmedicinska enheten, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, SE-171 76 Stockholm, Sweden (carl.lindgren@medks.ki.se)

Särtryck

Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i Läkartidningens serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 70 kronor



Diabetes

Beställer härmed.....ex
 av "Diabetes"

.....
 namn

.....
 adress

.....
 postnummer

.....
 postadress

**Insändes till Läkartidningen
 Box 5603
 114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

**www.lakartidningen.se
 under särtryck, böcker**