

Kommunikationsundervisningen i Danmark er nået langt

Louise Binow Kjær¹, Jane Ege Møller², Maja O'Connor³, Mads Christiansen⁴, Mai-Britt Worm Ørntoft⁴ & Anne Mette Mørcke²

STATUSARTIKEL

- 1) Institut for Klinisk Medicin & Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet
- 2) Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet
- 3) Psykologisk Institut, Institut for Klinisk Medicin & Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet
- 4) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger
2016;178:V09150740

Formålet med denne artikel er at beskrive og diskutere kommunikationsundervisningen i lægeuddannelsen i Danmark med afsæt i internationale forskningsresultater på området. Hensigten er at give et pejlemærke på, hvor langt vi er kommet, og give fremadrettede anbefalinger for kommunikationsundervisning. Artiklen er opbygget, så vi først giver en status på den forskningsbaserede viden om kommunikationsundervisning i lægeuddannelsen. Derefter skitserer vi en kort historik over udviklingen af kommunikationsundervisning i både den præ- og postgraduate lægeuddannelse i Danmark. Efterfølgende går vi i dybden med en beskrivelse af kommunikationsundervisningen på lægeuddannelsen på Aarhus Universitet. Denne artikel illustrerer, hvordan Aarhus Universitet har grebet opgaven an og radikalt ændret kommunikationsundervisningen i de seneste år. Endelig diskuterer vi udestående forskningsspørgsmål og anbefalinger.

LITTERATUREN OM KOMMUNIKATIONSUNDERVISNING

For bare 15 år siden diskuterede man i den internationale litteratur, om kommunikation var en »medfødt« evne, om man lærte det »spontant«, og om det derfor gav mening at undervise i kommunikation. I et review i 1999 gav *Aspegren* et af de første systematiske svar: Ja, det giver mening at undervise lægestuderende og læger i kommunikative færdigheder [1]. Undervisningen skal være erfaringsbaseret og problemorienteret, lød konklusionen, som stadig er gældende.

I dag er der en solid lærebogslitteratur på både engelsk [2, 3] og dansk [4, 5]. De to engelske lærebøger samt *Carlsson & Møller* [4] tager afsæt i en model, der kaldes Calgary-Cambridge Observation Guide, mens den anden danske lærebog af *Christensen et al* [5] tager udgangspunkt i »konsultationsprocessen« og introducerer forskellige samtale typer som den afklarende samtale, det medicinske interview og den eksistentielle samtale.

I begge modeller har man fokus på den patientcenterede tilgang og beskriver faser i samtale opbygning, herunder at etablere en relation til patienten, indlede samtalen, indhente og formidle information, lægge en plan og afslutte samtalen. Siden 1990'erne er forskningen i patientcenteret kommunikation vokset støt [6-11]. Der findes ikke en entydig definition af, hvad det vil sige at være patientcenteret, men tilgangen kan beskrives således: 1) opnå en fælles forståelse mellem læge og patient af sygdomssituation og behandling, 2) forstå patientens perspektiv i forhold til sygdomssituationen, 3) forstå patientens psykosociale ramme og 4) støtte patienten i at tage del i ansvaret for og kontrollen over egen sygdomssituation ved at involvere vedkommende i den grad, denne ønsker [12]. I tre nyere studier har man konkluderet: 1) at et Calgary-Cambridge-baseret kursus kan øge de studerendes færdighedsniveau signifikant [13], 2) at lægestuderende kan have glæde af at støtte sig til en meget struktureret samtaleguide i begyndelsen af uddannelsen [14], og 3) at både rollespil og træning med simulerede patienter er værdifulde, og at særligt rollespil ser ud til at fremme empati [15]. Der er dog stadig en del udestående spørgsmål, herunder hvordan man klæder de kliniske vejledere på til at give feedback på patientcenteret kommunikation [16].

Den internationale litteratur afspejles i den danske, hvor kommunikative færdigheder fremstilles som afgørende for patientkontakt, patientsikkerhed og behandlingsresultater [17-19]. Det er tilsvarende også undersøgt, hvilke undervisnings- og prøveformer der kunne egne sig i en dansk kontekst [20-22]. Men man kan endnu ikke konkludere, om én bestemt model er den »bedste«, hverken i Danmark eller internationalt [23]. Det er derfor også vigtigt at forstå, hvordan kommunikationsundervisningen i Danmark har udviklet sig, og hvilke praktiske erfaringer man har indhentet.

FAKTABOKS

- ▶ Der er en solid lærebogslitteratur på både dansk og engelsk om kommunikationsundervisning.
- ▶ Calgary-Cambridge-modellen er en af de mest benyttede evidensbaserede kommunikationsmodeller og den strukturerer samtalen om relation, indledning, information, plan og afslutning.
- ▶ Rollespil og brug af simulerede patienter er værdifulde, velundersøgte undervisningsmetoder på kommunikationskurser.
- ▶ Der er forsat en del uafklarede forsknings- og udviklingsspørgsmål i forhold til læring og vejledning i patientcenteret kommunikation.
- ▶ Kommunikationsundervisningen i den danske lægeuddannelse, både præ- og postgraduat, er obligatorisk, vel-etableret og i tråd med internationale anbefalinger og tendenser, men uden en fælles national konsensus om en kvalitetsstandard.

KOMMUNIKATIONSUNDERVISNINGENS HISTORIK I DANMARK

Op igennem 1980'erne blev kommunikationsundervisning en integreret del af lægeuddannelserne internationalt, og i Danmark fulgte man gradvist med. Nu indgår kommunikationstræning i undervisningen på alle universiteterne i Danmark, og for alle gælder, at der undervises på både bachelor- og kandidatniveau med curricula, som er fordelt over flere semestre (**Tabel 1**). Fælles er også en metodisk prioritering af praktiske øvelser og eksperimentel træning med fokus på den kliniske anvendelighed. De danske kandidatuddannelser følger dermed den forskningsmæssige viden om effektiv organisering af medicinsk kommunikationsundervisning. Calgary-Cambridge-modellen anvendes på hovedparten af uddannelserne, og temaerne for undervisningen omfatter basale kommunikationsredskaber, at optage journal, at give information, etiske dilemmaer, patienter med psykiske lidelser, teamtræning og akut kommunikation.

På det postgraduate felt har der siden 2004 været etableret obligatoriske kurser i kommunikation som en del af den generelle lægelige videreuddannelse. Videreuddannelsesregionerne varetager udbuddet af fem kursusdage, som p.t. er placeret i basislægeuddannelsen og omhandler kommunikation med patienter, pårørende, kolleger og andre samarbejdspartnere, herunder fokus på kommunikation i akutte situationer. Kursernes form og indhold varierer, men i flere regioner anvender man Calgary-Cambridge-metoden som udgangspunkt. Danmark markerer sig her internationalt som foregangsland med en obligatorisk kommunikationsindsats i postgraduat regi.

Man har desuden gennemført en række større udviklings- og forskningsprojekter i nationalt regi. Her skal nævnes Sygehus Lillebælt, hvor man i 2011 iværk-

satte projekt »Klar tale med patienterne«, som igennem et kort obligatorisk kommunikationskursus for alle ansatte [24] kunne påvise en øget tiltro til egne kommunikative evner hos de sundhedsprofessionelle deltagere [25]. Et andet postgraduat forsknings- og udviklingsprojekt er det igangværende »Klinisk kommunikationstræning«, som udgår fra Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet, i samarbejde med Region Midtjylland, og udvikler et koncept for kommunikationstræning for læger som en integreret del af afdelingers undervisningstid og kompetencevurdering [21].

KANDIDATDELEN PÅ AARHUS UNIVERSITET

Aarhus Universitets studiereform, som blev implementeret i 2011-2014, er et godt eksempel på en gennemgribende nytænkning af kommunikationsundervisningen [20]. Man har udviklet et obligatorisk, gennemgående kursus, hvor man systematisk kombinerer forskellige metoder i tæt samspil med den kliniske praktik på det enkelte semester (**Tabel 2**). Elementerne progredierer fra den basale samtale, som trænes med brug af skuespillere, til den mere komplekse og autentiske samtale, der trænes med brug af videooptagelser fra de studerendes klinik. De studerende reflekterer over deres egen rolle i konkrete samtaler og samarbejdssituationer fra klinikken, ligesom kollegial supervision trænes eksplicit.

Undervisningen varetages af et nyt underviserkorps, der hovedsageligt består af unge læger med interesse for kommunikation. Alle nye undervisere gennemgår et introduktionskursus, og 80 læger har på nuværende tidspunkt gennemført underviserkurserne, af dem er ca. 40 i skrivende stund aktive undervisere. Underviserne faciliterer primært smågruppeundervisning med rollespil, feedback og supervision.

TABEL 1

Kommunikationsundervisning på de fire danske lægeuddannelser ved Københavns Universitet (KU), Aalborg Universitet (AAU), Syddansk Universitet (SDU) og Aarhus Universitet (AU). Sammenligning af antal timer og tidspunkter i uddannelsen med kommunikationstræning samt undervisningsmetoder og prøveformer^a.

	KU	AAU	SDU	AU
Timer a)	36 + 10 + 13 + 6,5 + 6 = 71,5	4 + 4 + 5 + 2 + 3 + 15 + 15 + 5 + 25 = 78	16 + 14 + 24 + 24 = 78	8 + 22 + 16 + 7 + 8 + 8 + 5 = 74
Tidspunkt i uddannelsen, semester	BA: 1. KA: 1., 3., 4., 6.	BA: 1., 3., 4. KA: 1., 2., 3, 6.	BA: 2., 4. KA: 1., 2. eller 4.	BA: 2. KA: 1., 2., 3., 4., 5., 6.
Metoder	Rollespil, videosupervision, praktisk træning, træning med figuranter, skuespillere, patienter	Forelæsning, rollespil, videosupervision, træning med skuespillere	Forelæsning, rollespil, træning med skuespillere, lydoptagelse af samtaler, feedback	Forelæsning, rollespil, træning med skuespillere, videosupervision, interview, kollegial supervision
Assessment	Obligatorisk tilstedeværelse OSKE	Obligatorisk tilstedeværelse, eksamination af egen video Prøve/evaluering af en konsultation med skuespiller som patient	Obligatorisk tilstedeværelse OSKE	Obligatorisk tilstedeværelse OSKE

BA = bachelor; KA = kandidat; OSKE = objektiv struktureret klinisk eksamen.

a) Angivelse af den formelle undervisning og ikke den træning, de studerende gennemgår, mens de er i klinik.

TABEL 2

Det gennemgående kommunikationselement på kandidatdelen af lægeuddannelsen på Aarhus Universitet med kommunikationsundervisningens fokus og progression, omfang, form, aktiviteter og primære indhold for hvert enkelt semester.

	7. semester: Kommunikation 1 (Inflammation ^a)	8. semester: Kommunikation 2 (Abdomen ^a)	9. semester: Kommunikation 3 (Hjerte-lunge-kar ^a)	10. semester: Kommunikation 4 (Hoved-neuro-psyk ^a)	11. semester: Kommunikation 5 (Familie-samfund ^a)	12. semester: Kommunikation 6 (Akut-kronisk ^a)
Fokus og progression	Grundlæggende færdigheder	Klinisk træning og refleksion		Udfordring på indhold		Påtage sig lægerollen
Omfang, timer	22	16	7 + videooptagelse	8 + klinisk træning	8 + interview hos borger	5 + akut-uge
Form	Givne cases med rollespil og skuespil- lere i små grupper	Egne cases fra klinik- drøftes i små reflek- sionsgrupper	Video af egne patient- samtaler drøftes i små refleksionsgrupper	Givne cases på storhold	Besøg i hjemmeplejen og funktionsinterview med borger drøftes i små refleksionsgrupper	Færdighedstræning og refleksion
Aktiviteter og primære indhold	Samtalens princi- pielle struktur og redskaber Samarbejde med sygeplejestuderende EPJ og anamnese	Samtalens autentiske struktur og forløb Kollegial supervision		Kommunikation med psykiatriske patienter	Kommunikation med »svage« borgere Samarbejde mellem sektorerne Kollegial supervision	Akut kommunikation: kommunikation med bagvagt (ved brug af ISBAR-modellen) Mikroteamledelse Tværfagligt samar- bejde

EPJ = elektronisk patientjournal; ISBAR = Identificer dig selv og patienten, beskriv Situationen, beskriv Baggrunden kort, giv din Analyse af situationen, giv eller få et Råd om problemet.

a) avnet på det sideløbende kliniske hovedkursus.

Kommunikationsundervisning er dermed blevet et meget ressourcekrævende element i uddannelsen.

De studerendes selvrapporterede læringsudbytte af kommunikationstræningen fremgår af de halvårslige undervisningsevalueringer [26]. På Kommunikation 1, 2 og 3 angav 70-90% i foråret 2014, at de fik et meget eller ret stort udbytte. På Kommunikation 4 og 5 angav 38-44%, at de fik et meget eller ret stort udbytte (kommunikation 6 blev evalueret efter en anden skala og udelades derfor). I kommentarerne fra de studerende blev dette resultat uddybet og forklaret: På Kommunikation 4 (psykiatriske patienter), der foregår i plenum, ønskede de studerende smågruppeundervisning i stedet for storhold. På Kommunikation 5 (besøg i hjemmeplejen og supervision) havde de studerende svært ved at se værdien af et interview med en patient i hjemmeplejen. De løbende evalueringer fra de studerende bruges til at justere de enkelte elementer.

Næsten alle studerende på Aarhus Universitet når op på et tilfredsstillende videns- og refleksionsniveau i de obligatoriske kommunikationsopgaver, både de skriftlige og de videobaserede. De studerende bedømmes desuden på en kommunikationsstand ved den objektive strukturerede kliniske eksamen (OSKE) på 11. semester. Både i januar 2014 og i januar 2015 var der en relativt høj andel af de studerende, som ikke bestod kommunikationsstanden. Dette giver anledning til at undersøge, hvad årsagerne var i forhold til både bedømmelseskriterierne, opbygning af OSKE og de studerendes udbytte af kommunikationsundervisningen mere generelt. Det står dog klart, at der forsat skal ydes

en stor indsats i arbejdet med at sikre de studerendes kommunikative kompetencer.

DISKUSSION AF UDESTÅENDE SPØRGSMÅL OG ANBEFALINGER

På trods af at evidensbaserede modeller for kommunikationstræning, som for eksempel Calgary-Cambridge-modellen, har stor udbredelse, findes der andre og forskellige traditioner. De spredes f.eks. internationalt gennem netværk som The European Association for Communication in Health Care, der formidler forskning, undervisningsmaterialer og kurser inden for kommunikationsundervisning [27]. Men det er en tilbagevendende diskussion, hvilke modeller der bidrager til, at medicinstuderende og læger lærer kommunikation på den mest hensigtsmæssige måde. At basere kommunikationsundervisning udelukkende på skematiserede modeller angribes for at være en smal og instrumentaliseret tilgang med risiko for at overse kontekstuelle forholds betydning for kommunikationen, såsom institutionelle forhold og kulturelle forskelligheder [28]. Der foreligger her et forsknings- og udviklingsarbejde for at afklare, hvordan disse elementer balanceres på den mest optimale måde i undervisningen.

Ud over forskellige modeller diskuteres det, hvilke metoder der befordrer den bedst mulige læring. På trods af evidensen for brug af simulerede patienter i undervisningen, er det blevet påpeget, at det er mere autentisk at lade rigtige patienter indgå i kommunikationstræningen [29]. Når man alligevel prioriterer at bruge specifikt trænedes skuespillere, er det fordi, det

muliggør en fokuseret træning og genafprøvning, hvilket er en påvist effektiv læringsform [8]. Skuespillere kan også indgå i træning af kommunikation med særlige typer af patienter, f.eks. patienter med psykiske lidelser. Det er også en tilbagevendende diskussion, hvilket timetal der er det optimale, men der findes ikke et entydigt svar [30].

En tilbagevendende udfordring er ressourcer, eftersom træning i små grupper af studerende med inddragelse af simulerede patienter er en ressourcekrævende metode. Der udestår derfor stadig et forsknings- og udviklingsarbejde med at undersøge, hvordan man tilegner sig den patientcentrerede kommunikation, og hvordan man afbalancerer læringsudbytte og ressourcekrævet bedst muligt.

Samlet kan vi konkludere, at kommunikationsundervisningen i den danske præ- og postgraduate lægeuddannelse er velstruktureret med mindre variationer i landsdelene. Vi er nået langt. Spørgsmålet er, om det er på tide, at Danmark følger Storbritannien og drøfter en national konsensus om kommunikationsundervisning? I Storbritannien har man opnået enighed om de vigtigste ting, som skal indgå i kommunikationsundervisningen ved alle lægeuddannelser [23]: Det fælles indhold inkluderer både viden om kommunikationsteori og en lang række kommunikative færdigheder. Man er enige om at holde fokus på de studerendes refleksion over praksis, udvikling af professionalisme samt forståelse af lov, etik og evidens. Man har dermed sat en kvalitetsstandard, som bruges i planlægning både præ- og postgraduat til gavn for studerende, yngre læger og deres patienter. Vi vil gerne anbefale, at man iværksætter et lignende arbejde i Danmark.

SUMMARY

Louise Binow Kjær, Jane Ege Møller, Maja O'Connor, Mads Christiansen, Mai-Britt Worm Ørntoft & Anne Mette Mørcke: Communication skills training in Denmark has come a long way
Ugeskr Læger 2016;178:V09150740

In this paper we describe and discuss communication skills training in Denmark – it has come a long way. After a short review of current research we outline the history of communication training in Denmark and describe the case of communication training at Aarhus University, which illustrates how the Danish universities have radically changed their communication training in the last decade. Finally, we discuss communication models and teaching methods and recommend an attempt to reach a national consensus on communication training.

KORRESPONDANCE: Louise Binow Kjær. E-mail: louise@cesu.au.dk

ANTAGET: 23. december 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 15. februar 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Berit Eika og Bobby Zachariae takkes for væsentlige bidrag til ide og design af arbejdet. Kristjar Skajaa takkes godkendelse af det endelige manuskript.

LITTERATUR

- Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21:563-70.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. London: Radcliffe, 2013.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. London: Radcliffe, 2005.
- Carlsson P, Møller JE. Kommunikation med patienter – en introduktion. Odde: Wisby & Wilkens, 2010.
- Christensen KS, Cold S, Gribsholt SB et al, red. Medicinsk kommunikation. København: FADL's Forlag, 2011.
- Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. London: Sage, 1995.
- Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087.
- Saba GW, Chou CL, Satterfield J et al. Teaching patient-centered communication skills: a telephone follow-up curriculum for medical students. *Med Educ Online* 2014;19:22522.
- Lyons KJ, Giordano C, Speakman E et al. Jefferson interprofessional clinical rounding project: an innovative approach to patient care. *J Allied Health* 2013;42:197-201.
- Epner DE, Baile WF. Difficult conversations: teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Acad Med* 2014;89:578-84.
- Price-Haywood EG, Harden-Barrios J, Cooper LA. Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2014;29:1113-21.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2015;61:1516-28.
- Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T et al. Do communication training programs improve students' communication skills? – a follow-up study. *BMC Res Notes* 2012;5:486.
- Morris M, Donohoe G, Hennessy M et al. Pro forma: impact on communication skills? *Clin Teach* 2013;10:318-22.
- Bosse HM, Schultz JH, Nickel M et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012;87:300-6.
- Perron NJ, Nendaz M, Louis-Simonet M et al. Impact of postgraduate training on communication skills teaching: a controlled study. *BMC Med Educ* 2014;14:80.
- Zinck L, Sonne NM, Madsen SL et al. Akut smertebehandling af stofbrugere i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin. *Ugeskr Læger* 2015;177:V10140557.
- Petersen GS, Knudsen JL, Ejlersen E. Kræftpatienters oplevelser bidrager til øget patientcentrering. *Ugeskr Læger* 2014;176:V11130650.
- Hansen MM, Hasselkvist B, Thordal S et al. Gode erfaringer med patientudløst nødkald til læge på hospital. *Ugeskr Læger* 2014;176:V04140235.
- Mørcke AM, Møller-Madsen B, Nielsen DG et al. Studenternes aktive deltagelse på medicinstudiet ved Aarhus Universitet skal øges. *Ugeskr Læger* 2010;172:2895-7.
- Høst DL, Møller JE. Klinisk kommunikationstræning er en uddannelsesmæssig udfordring. *Ugeskr Læger* 2014;176:V01140016.
- Holm E, Holm K, Sørensen JL. 360-gradersfeedback i speciallægeuddannelsen. *Ugeskr Læger* 2014;176:V05140295.
- von Fragstein M, Silverman J, Cushing A et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008;42:1100-7.
- www.sygehuslillebaelt.dk/wm361199 (27. jul 2015).
- Nørsgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K et al. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *J Contin Educ Health Prof* 2012;32:90-7.
- http://cesu.au.dk/udvikling/evaluering/evalueringsresultater/evalueringsresultater_medicin/ (3. dec 2015).
- EACH www.each.eu/about-us/ (5. okt 2015).
- Nordentoft HM, Olesen BR. Kommunikation i kontekst. København: Munksgaard, 2014.
- Hessel A. Patienter underviser læger. *Ugeskr Læger* 2015;177:720-1.
- Aspegren K, Madsen PL. Effekt af 13 timer lang træning af det medicinske interview i den prægraduate lægeuddannelse. *Ugeskr Læger* 2006;168:2445-9.