
Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg

KLINIKK OG FORSKNING

EDVIN SCHEI

Email: Edvin.Schei@isf.uib.no

ANDERS BÆRHEIM

EIVIND MELAND

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Vi beskriver en pasientsentrert konsultasjonsmodell og et 16 timers kurs i konsultasjonsferdigheter rettet mot sisteårs medisinstudenter og praktiserende leger. Kurset gir deltakerne trening i å skape en god terapeutisk relasjon til pasientene, innhente relevant medisinsk informasjon og gjennomføre medisinske tiltak på en effektiv måte.

Modellen deler konsultasjonen i fem faser – åpning, sondering, hypotesetesting, tiltaksfase og avslutning. I hver fase har legen typiske oppgaver å løse gjennom hensiktsmessig samtale med pasienten. Ulike former for samtaleteknikk har varierende anvendelighet i de ulike fasene.

Bevissthet om konsultasjonens ulike oppgaver og om virkningen av legens kommunikasjonsform oppøves under kurset gjennom rollespill, dialog, gjensidig deltakerobservasjon og analyse av videoopptak. Artikkelen gir en detaljert fremstilling av struktur og teknikker som anvendes i kurset, og beskriver hvordan Seksjon for allmennmedisin utviklet undervisningskompetanse på feltet.

I legeutdanningen har man tradisjonelt lagt liten vekt på å oppøve kompetanse i klinisk samtalekunst og konsultasjonsteknikk, men bildet er nå i ferd med å endre seg ved samtlige norske læresteder. Ved Universitetet i Bergen har Seksjon for allmennmedisin undervist sisteårs medisinstudenter i konsultasjonsferdigheter siden våren 1998. I denne artikkelen beskriver vi bakgrunn og målsetting for undervisningen, hva slags ferdigheter det er snakk om og hvilke konkrete pedagogiske grep vi bruker.

Kommunikasjon – pedagogikk – medisin

I arbeid med mennesker er det «faglige» og det kommunikative sterkt sammenvevd (1). Mennesket kan ikke ikke-kommunisere (2, 3). En lege som tror at hun kan utøve «fag» uten å inngå i relasjon med sin pasient, student eller kollega, svever i villfarelse. Det oppstår alltid en relasjon, og begge parter, ikke bare pasienten, står i relasjonen med en viss sårbarhet som samtidig er et potensial for endring og vekst (4).

Det er vist at misnøye og vantrivsel hos pasienter kan knyttes direkte til kvaliteten på relasjonen til leger og helsepersonell. «Kontakt med leger og pleiere» forklarte alene 25 % av variansen i generell tilfredshet med behandlingen ved en norsk kirurgisk avdeling (5). Erfaringene fra klagesaker som havner hos fylkeslegene viser at dårlig kommunikasjon er den viktigste enkeltårsaken til at pasienter leverer formell klage etter behandlingsfeil (Ivar Aaraas, personlig meddelelse). Steine og medarbeidere har nylig vist at for pasienter i allmennmedisin er samspillet med legen like viktig som utfallet av konsultasjonen (6). Undersøkelsen viste også at pasienters misnøye med kommunikasjonen kan være vanskelig å fange opp, fordi den ikke kommuniseres eksplisitt (7).

God forståelse av mellommenneskelig kommunikasjon kommer ikke bare pasientene til gode. Vi vil trekke frem den betydning det kan ha for legens trivsel og funksjonsdyktighet at relasjonene til pasienter, medarbeidere og eventuelle studenter er velfungerende. Er man i stand til å få andre til å føle seg vel gjennom sin profesjonelle væremåte, vil man også selv bli styrket (8). Vi tror dette er en viktig faktor for å forstå og forebygge utbrenthet og psykiske problemer hos leger.

Målsettingen med kurset er todelt: På den ene siden vil vi at studentene skal lære en konsultasjonsmodell som gir begreper og struktur til det som foregår når pasient møter lege, slik at legens diagnostiske og terapeutiske effektivitet styrkes. Samtidig ønsker vi å styrke studentenes evne til å gjenkjenne og reflektere over de ikke-instrumentelle dimensjonene i lege-pasient-forholdet, altså de etiske, eksistensielle og relasjonelle implikasjonene av å være syk eller bekymret og søke hjelp. Disse to målsettingene smelter sammen innenfor den tradisjonen som kalles pasientsentrert medisin eller pasientsentrert metode (9). En pasientsentrert konsultasjonstilnærming er anvendbar i all klinisk medisin (10).

Konsultasjonsmodellen

Vår konsultasjonsmodell er påvirket av engelsk og belgisk tradisjon (11, 12). Den kjennetegnes ved at den fremstiller konsultasjonen i fem faser på en klar og systematisk måte. Dette gjør den velegnet til undervisningsformål, ved at det blir lett for studentene å huske den prinsipielle rekkefølgen og elementene som inngår i en vanlig pasientkonsultasjon. Med modellen som mal blir det lettere å få øye på styrker, utelatelser og svakheter i egen tilnærming. De enkelte elementene i modellen kan med letthet trenes særskilt. Ved at studentene under innlæringen konsentrerer seg om en eller to konsultasjonsfaser om gangen, blir det enklere å anvende de gylne prinsipper for trening av ferdigheter: Umiddelbar tilbakemelding og nytt forsøk på det samme.

Modellen er et hjelpemiddel, den skal selvsagt ikke følges slavisk, verken når det gjelder rekkefølge eller innhold. I vår undervisning fremstiller vi modellen som grunntrinnene i en dans – med øvelse og erfaring går trinnene av seg selv, og utøveren kan boltre seg, improvisere, variere, briljere med utallige variasjoner tilpasset legens, pasientens og situasjonens særtrekk. Vi anbefaler studentene å gjøre en danseskolepreget innøving trinn for trinn i startfasen, selv om det kan kjennes møysommelig og «unaturlig».

De fem fasene i konsultasjonsmodellen er stikkordmessig fremstilt i tabell 1. I det følgende skal vi kort angi hva som kjennetegner hver av fasene, med vekt på elementer som vi mener utgjør en forbedring eller et tillegg til de rutiner norske leger vanligvis har i sine konsultasjoner, rutiner som studentene allerede før kurset har tilegnet seg gjennom alminnelig klinisk undervisning. Tabell 2 viser kjennetegn på åpne og lukkede spørsmål og når i konsultasjonen disse er mest egnet. I tabell 3 finnes en del lytteteknikker som vil være til nytte i alle faser av konsultasjonen, og som er særlig viktige i de innledende fasene.

Åpningsfasen

Legen gir pasienten anledning til å presentere sitt ærend, sine grunner for å komme til konsultasjon denne dagen. I starten av en informasjonsinnhenting er åpne spørsmål (tab 2) mer effektive enn lukkede (13). Etter hvert som bildet blir klarere, vil gradvis mer lukkede spørsmål være best egnet til å utfylle bildet (14).

Tabell 2

Åpne og lukkede spørsmål

Åpne spørsmål
ansporer pasienten til å fortelle. «Kan du si mer om ?» Ofte vil god blikkontakt kombinert med stillhet, små kroppsbevegelser eller «lydnikk» (å?, uumm!) fra legen fungere som åpne spørsmål og få pasienten til å gå videre med sin historie og legge frem det han selv mener er viktigst. Åpne spørsmål kan være tematisk lukkede: Legen bestemmer temaet, men gir pasienten anledning til å velge hva han vil trekke frem: «Kan du fortelle meg mer om de magesmertene?»

Ulemper med overdreven bruk av åpne spørsmål: Legen taper noe av kontrollen med samtalen
Innhenting av medisinsk informasjon kan bli usystematisk og langsam
<i>Lukkede spørsmål</i>
kan besvares med ja, nei eller avgrensede opplysninger, f.eks. «siden søndag, like bak kneet, gulgrønt, det var min far, verst om morgenen» osv.
Ulemper med ensidig bruk av lukkede spørsmål: Man kan i tidlig fase tape tid på å gjennomgå kliniske standardspørsmål hvor åpne spørsmål ville gitt pasienten anledning til straks å nevne klargjørende momenter
Viktige anamnesticke temaer kan bli utelatt fordi legen overtar initiativet i samtalen. Man kan få mange opplysninger om tilstanden uten å avklare hva som er pasientens egentlige ærend, eller hvordan pasienten ser på betydningen av den medisinske tilstanden
Utstrakt bruk av lukkede spørsmål kan gjøre det vanskelig for legen å danne seg et godt bilde av pasientens virkelighetsforståelse og personlighet

Et viktig poeng i åpningsfasen er å øve seg opp til straks å spørre etter alle de temaer pasienten ønsker å ta opp, og ikke fortape seg i pasientens første stikkord, tema eller fortelling. Man anerkjenner pasientens angitte konsultasjonsårsak ved å nikke, si «umm» eller helt eksplisitt si «Jeg forstår at du kommer for hodepine, og det skal vi se på» eller noe liknende. Deretter åpner man igjen for flere «bestillinger». Ofte har ikke pasienten flere saker på dagsordenen, men iblant får man frem en hel serie temaer. Av og til kan selve oppryddingen i de mange spørsmålene pasienten har, være oppklarende og terapeutisk. Derfor bør man mentalt være innstilt på at åpningsfasen iblant kan og bør utgjøre en stor del av en konsultasjon. For legen vil det alltid være nyttig å ha klargjort sammen med pasienten omtrent hva konsultasjonen og lege-pasient-forholdet skal handle om. Det gjør det mulig å avtale en realistisk tidsprioritering med pasienten. Og om pasienten senere i konsultasjonen nevner nye temaer, hvilket legen bør åpne for, står legen friere til å velge å ta det nye opp i dag eller utsette det til neste konsultasjon. Legen må selvsagt avklare potensielt truende medisinske tilstander uansett når de dukker opp.

Sonderingsfasen

Denne fasen skal gjøre det mulig for legen å danne seg et bilde av hvem pasienten er, hva som er bakgrunnen for at han kommer i dag, og hva han håper å få ut av sitt legebesøk. I mange konsultasjoner blir mye klart allerede i åpningsfasen, ved at pasienten får fortelle uten å bli avbrutt av legens lukkede spørsmål (tab 2). For legen kan det være nyttig å anvende en mnemoteknikk (huskeregle) tidlig i konsultasjonen, for å sjekke mentalt om man har dannet seg et bilde av de mest relevante dimensjonene ved pasientens tilstand, problem, person, ressurser m.m. Sonderingsfasen har fire hovedoverskrifter som alle begynner med F (tab 1).

Tabell 1

Fasene i konsultasjonen

Åpningsfasen	Etablere kontakt. Kartlegge pasientens temaer. Avtale videre gang i konsultasjonen.	
- Sonderingsfasen 4 F-er	<i>Forståelse</i>	Hva slags tanker har pasienten gjort seg om sin tilstand, dens betydning, årsak osv.
	<i>Følelser</i>	I hvilken grad er det angst, sorg, bekymring eller skam m.m. knyttet til pasientens konsultasjonsærend
	<i>Forventninger</i>	Pasientens tanker om hva som skal komme ut av legebesøket
	<i>Forutsetninger</i>	Karakteristika som kan si noe om hvem pasienten er, hans livssituasjon og hvordan plagene virker inn på det daglige liv. Her kan et nytt knippe f-er være til hjelp: familie, fag (jobb), finanser, fritid, fortid
Hypotesetestingsfasen	Spesifikk anamnese og klinisk undersøkelse styrt av relevante differensialdiagnostiske hypoteser	
Tiltaksfase	Oppsummering, likeverdig samtale om mulige tiltak:	
	Videre utredning	
	Informasjon, opplæring, motivering	
	Støttesamtale	
	Praktiske prosedyrer	
	Forskrivning	
	Henvisning	
Avslutning	Ramme inn konsultasjonen, avtale eventuell oppfølging	

Sonderingsfasen har to hensikter. For det første å få tak i opplysninger om pasientens livssituasjon, hans forståelse av eget problem, følelser knyttet til dette og forventninger til konsultasjonen, ofte svært viktig for at legen skal forstå hva slags tiltak som kan være til hjelp. For det andre å skape grunnlag for tillit og gjensidig respekt. Et slikt grunnlag kan oppstå etter hvert som samtalen berører de fire dimensjonene i sonderingsfasen (tab 1) og bringer pasienten som *person* inn i oppmerksomhetsfeltet, ikke bare sykdommens og kroppens mer tekniske særtrekk. For pasienten er det viktig å føle seg sikker på at legen ser hele mennesket.

Hypotesetestingsfasen

Dette er den delen av konsultasjonen hvor legen gjennom spesifikke, utvalgte spørsmål (anamnese) og kliniske undersøkelser tester sine arbeidshypoteser om hva som feiler pasienten. Klinisk diagnostikk blir ofte fremstilt som en

prosess basert på en fullstendig kartlegging av pasienten. Diagnostikk er imidlertid en kombinasjon av mønstergjenkjenning (dominerer hos erfarne leger (15)) og hypotetisk-deduktiv tankevirksomhet der mulige hypoteser sjekkes ut gjennom anamnese og undersøkelse (16). Dette er den delen av konsultasjonen studentene behersker best før kurset. Utfordringer i denne fasen er å danne seg et korrekt bilde av de relevante hypotesene (hypotesekart), holde muligheter åpne lenge nok og begrense seg til spørsmål og undersøkelser som har relevans for hypotesene.

En vanlig svakhet er at det stilles spørsmål og gjøres undersøkelser som ikke har betydning for de hypotesene som er aktuelle, gitt pasientens bestilling og tilstand. Tilsvarende er det ikke uvanlig at avgjørende opplysninger og funn blir avdekket uten at studenten tar konsekvensen av dem, men fortsetter med standardspørsmål og -undersøkelser. Ved vektingen av tenkelige hypoteser må klinikerens kunne leve med usikkerhet og ta rimelig hensyn til det eventuelle utbyttet av mulige spørsmål og undersøkelser. Man må både kunne utelukke alvorlige sykdommer med rimelig sikkerhet og unngå ressurskrevende jakt på spissfindigheter.

Tiltaksfasen

Denne fasen innledes normalt med at legen lar trådene fra de innledende fasene løpe sammen i en foreløpig oppsummering for pasienten. Hvis begge er enige så langt, går man over til å snakke om hva dette skal munne ut i, gitt legens og pasientens vurderinger. Antall «tiltak» som kan komme ut av en legekonsultasjon, er stort. Tiltaksfasen er derfor en variert og spennende del av konsultasjonen. I den ene ytterlighet kan man ha avdekket alvorlig uventet sykdom, eller risiko for slik, og dermed støtt pasienten ut i akutt følelsesmessig kaos, hvor legens støtte, trøst og tilstedeværelse blir viktige tiltak. Motsatt vil man ha konsultasjoner hvor pasienten eller pårørende er engstelig(e) og bekymret(e), men hvor pasienten etter undersøkelsen å dømme er frisk. Legens oppgave blir å skape trygghet og spare pasienten for nye og unødvendige bekymringer og legebesøk.

Sykdom innebærer ofte store opplæringsoppgaver for legen, f.eks. i forhold til pasienter med diabetes eller kronisk obstruktiv lungesykdom, hvor ikke bare tilrettelegging av store mengder komplisert faktisk informasjon, men også motivering av pasienten blir legens oppgave. I atter andre konsultasjoner oppstår konflikt, f.eks. mellom pasientens ønske om sykmelding eller B-preparater og legens faglige oppfatning.

I tiltaksfasen kan man fort tape den tid man har vunnet på en «kjapp og effektiv» biomedisinsk orientert konsultasjon. Pasientens etterlevelse av medisinske tiltak svekkes hvis legen ensidig styrer konsultasjonen (17). Troverdighet, trygghet og at pasienten føler seg forstått er nødvendige forutsetninger for at vedkommende skal klare å konsentrere seg om og bli inspirert av legens vurderinger, råd og informasjon.

Avslutningsfasen

Denne fasen er vanligvis enkel, og gjennomføres på en måte som opprettholder og utvikler relasjonen. En konsultasjon inngår ofte i en serie av lege-pasient-møter langs en tidsakse.

Kursets oppbygning

Konsultasjonskurset inngår i den åtte uker lange allmennmedisinundervisningen, som i Bergen er lagt til siste termin av studiet og også inneholder fire ukers utplassering i praksis. Terminen avsluttes med skriftlig og muntlig eksamen i allmennmedisin, indremedisin og kirurgi.

Muntlig eksamen i allmennmedisin har form av en konsultasjon med en reell pasient, hvor kommunikative og biomedisinske elementer vektlegges like mye.

Kurset er komprimert og utgjør 16 undervisningstimer for hver student. De første ti timene er en fellesdel, hvor studentene involveres i tenkning rundt kursets hensikt og utforming og hvor enkeltelementer og ulike faser i konsultasjonen trenes. Deretter arbeider studentene seks timer i smågruppe med analyse av egne videoopptak (se nedenfor).

Fellesundervisningen foregår for ca. 30 studenter om gangen. Ansvaret roterer mellom et fåtall ansatte ved seksjonen. To lærere underviser sammen. Som rollemodeller for kommende kolleger illustrerer vi gjennom denne undervisningsformen at underviseren/legen kan være en improviserende samtalepartner, i motsetning til hva vi gjør som monologiske forelesere. Eksistensen av meningsforskjeller og ulike syn på samme sak illustreres og legitimeres av at lærerne ikke alltid velger samme løsning, noe vi tror hjelper studentene til å erkjenne at denne delen av faget krever et ansvarsfullt skjønn hos legen, og ikke bør baseres på skjematisk anvendelse av standardløsninger. Vi tilbyr verktøy, og prøver å vise ved eksempler og øvelser at «gode resultater» i en klinisk samtale kan være så mangt og kan oppnås på ulikt vis, avhengig av hva som oppstår i relasjonen med pasienten. Vår erfaring tyder på at det er svært viktig for studentenes motivasjon og engasjement at vi ikke fremstiller modellen som et slags fasitsvar.

Undervisningen

Kurset er gjennomgående bygd opp rundt øvelser hvor studentene får konkrete erfaringer både i legerolle og pasientrolle, etterfulgt av tilbakemeldinger fra medstudenter eller lærer. Vi legger vekt på å skape trygge rammer og møte studentene med forståelse gjennom kurset – blottstillelse av egen kommunikasjonsstil og egne følelser i en kollegagruppe er nødvendig for læring, men samtidig sårbart og potensielt truende. Det er viktig å erkjenne at læring av nye ferdigheter må bygge på det den enkelte allerede behersker (11) – påpeking av svakheter og feiltrinn alene er ofte negativt for personlig utvikling (18). Kurset innledes med en «oppvarming» i form av enkle lytteøvelser, hvor studentene i par intervjuer hverandre om erfaringer og forventninger før kurset og snakker om disse i plenum. Det er en «grunnlov» under kurset at alle tilbakemeldinger til enkeltpersoner skal starte med omtale av konkrete positive elementer (tab 4).

Tabell 4

Tommelfingerregler for å gi og få tilbakemelding på konsultasjonsferdigheter

<i>Fire hovedregler for å evaluere en konsultasjon eller et rollespill</i>
Vær konkret
Legen evaluerer seg selv først
Positive elementer først
Anbefalinger, ikke kritikk
<i>Hvordan motta tilbakemelding</i>
Lytt i stedet for å forberede forsvar
Be evaluator gjenta hvis du ikke hørte eller forstod
Ta en pause og tenk deg om før du svarer
Be om konkretisering og eksempler hvis du bare får generell ros («flink», «åpen» osv.) eller ris
Spør etter forslag til hvordan du kan forbedre atferd
Vær åpen for at det kan være sannhet i tilbakemeldinger som strider mot det du selv tror
Vær åpen for at tilbakemeldinger slett ikke trenger være innsiktsfulle

Temaene i kurset introduseres av lærerne gjennom korte plenumsseanser av fem til 20 minutters varighet, fortrinnsvis i dialog med studentene. Øvelsene består for det meste av rollespill i grupper på tre, hvor studentene bytter på rollene som lege, pasient og observatør. Observatørens oppgave er å se, tenke og kommentere de to andre, samt å sørge for at prinsippene for konstruktiv tilbakemelding (tab 4) blir overholdt. Etter en runde med rollespill om et tema samles studenter og lærere til plenumsdiskusjon.

Tidlig i kurset trenes åpningsfase og sonderingsfase, med vekt på lytteteknikker som passer i disse fasene (tab 2, tab 3). Senere kan de samme rollespillsskissene brukes til å øve hypotesetesting og tiltaksfase, med tilhørende spesielle oppgaver og egnede samtaleverktøy.

Tabell 3

Aktiv lytting. Å lytte til et menneske er ikke en instrumentell handling, og kan ikke gjøres ved hjelp av teknikker alene. Den som lytter må være genuint interessert i å lære av det som sies, må innta en åpen og nysgjerrig holdning. Teknikkene i tabellen kan være til hjelp, først og fremst ved at det blir tydelig for pasienten at legen faktisk er interessert, følger med og prøver å forstå

Ikke-verbalt	Kroppsholdning
	Øyekontakt
	Nikking, gester
	Smil, heve øyebrynene
Paraverbalt	Stillhet, ro, vente
	Stemmeleie
	Lydnikk: <i>u-umm, oi! å?</i>
	Andre typer grynt, sukk, stønn
Verbalt	Spørre ut, forfølge uklare utsagn til klarhet
	Ekko (gjenta siste ord eller sekvens)
	Parafasere (gjengi siste sekvens med egne ord)
	Gjenspeile følelser («jeg skjønner at du blir bekymret for dette»)
	Oppsummere pasientens fortelling

Som avveksling fra treergrupper brukes improviserte rollespill i plenum. To og to studenter kan f.eks. trene åpningsfasen ved at den ene spiller pasient etter egen fantasi og den andre spiller lege. Ved at studentene sitter i hestekoform dannes en scene i midten, hvor lærere og studenter enten i par eller i større grupper kan gjennomføre øvelser og rollespill. Disse kan etterpå diskuteres av hele gruppen. Plenumsrollespill kan også gjøres som «filminnspillinger», ved at en lærer er regissøren som avbryter og ber skuespillerne prøve bestemte replikker eller spillvarianter. Dette er bokstavelig talt den mest dramatiske øvelsesvarianten. Spill for åpen scene kan være velegnet til å demonstrere konfliktfylte konsultasjoner og formidling av vanskelige budskap eller belyse spesielle vansker studentene har opplevd i smågruppene. Det kan også brukes til å demonstrere, frivillig og ufrivillig, at lærerne ikke er perfekte, men selv underveis i sin læringsprosess, hvilket ofte vil være motiverende for studentene – og lærerne.

Under øving på å formidle vanskelige budskap (kreftdiagnose og liknende) har vi tatt i bruk «enmannsrollespill», hvor studentene må forestille seg at de selv får leukemi og kjenne etter egne følelsesmessige og kroppslige reaksjoner og hvilke behov de selv ville hatt i en slik situasjon. Reaksjoner og refleksjoner legges frem i plenum, og utgjør en god forberedelse til rollespill i treer-grupper omkring samme tema.

Bruk av egne videoopptak

Alle studenter tar opp video av en konsultasjon ved et allmennlegekontor i Bergens-regionen. Gjennomgang og diskusjon av videoen skjer i grupper på seks studenter, med en lærer. Gruppen møtes til tre sesjoner à to timer og hver gang presenteres det to-tre videoer. Studentene får trening i å gi en ivaretagende og strukturert tilbakemelding på kollegenes konsultasjoner, først på positive konkrete elementer og dernest på elementer som kunne vært forbedret eller gjort på andre måter. Det kliniske innholdet, hvorvidt hypotesekartet var dekkende og de hypotesetestende spørsmålene og undersøkelsene relevante, blir også diskutert. Undervisningsmålene er å gi studenten evne til å se strukturen i egen konsultasjon, bli mer bevisst på pasientenes perspektiv, bli friere i forhold til egen usikkerhet og bedre i stand til å inngå i kollegagrupper og lære av erfaring.

Diskusjon

Det har vært hevdet fra mange hold at dialogen som medisinsk verktøy har forvitret i nyere tid (19). Måten leger oppfører seg på, snakker med pasienter på og tenker om sin egen rolle på, er kulturelt bestemt (20). Medisinen har i det 20. århundre forstått seg selv som et empirisk og handlingsrettet fag, uten særlig behov for å bekymre seg om teori, subjektivitet og humanisme (21). En slik holdning er ikke holdbar i et fag som griper dypt inn i menneskers eksistens både på individ- og samfunnsnivå.

Påvirkningskraften i lege-pasient-forholdet har sitt motstykke i relasjonen lærer-student. Autoritære og passiviserende undervisningsformer vil gjennom modellæring forme studentenes syn på læring og menneskelig utvikling (22). Skal studentene hjelpes til å utvikle en pasientsentrert tilnærming til legerollen, anser vi det som viktig at undervisningen er forbilledlig ved å være *studentsentrert*, dvs. gjør studenten aktiv, ansvarlig og deltakende i læringsprosessen.

Et eksempel på «teori» som kan inspirere leger og utdype respekten for vårt arbeidsfelt, finner vi hos den danske filosof og teolog Knud E. Løgstrup, som skriver: «Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd» (4).

Dette «noget» som holdes i hånd av legen i en hvilken som helst konsultasjon, er aspekter av selvet: selvforståelse, selvrespekt, selvstendighet (23). Lettest er det å se denne sårbarheten hos barn, men den er der hele livet. Relasjonene griper inn i selvene våre langs aksene aksept-avvisning (24), anerkjennelse-undertrykking (8), omsorg-likegyldighet (25). Lege-pasient-relasjonen er en relasjon med særlig store potensialer for å gjøre mennesker godt – eller skade dem. Legen har praktisk, formell og symbolsk makt i lege-pasient-forholdet, og kan, dersom posisjonen forvaltes uklokt eller ubetenksomt, lett komme til å

trække på pasienten i stedet for å styrke ham. I en tid hvor sosiale nettverk forvitrer (26) er lege-pasient-forholdet en menneskelig naturressurs som bør brukes for alt det er verdt (27).

I terapeutisk kommunikasjon er det mange veier som fører til Rom. Problemet i vår medisinske tradisjon består i at leger i sin utdanning knapt har beveget seg på noen av dem. Vår hensikt har vært å utvikle en praktisk pedagogisk metode for trening i konsultasjonsferdigheter, en metode som kan implementeres i grunnutdanning og klinisk videre- og etterutanning med små ressurser. Andre metoder og konsultasjonsmodeller enn dem vi er blitt fortrolige med, kan selvsagt tjene samme hensikt.

Et av særtrekkene ved vårt kurs er at studentene gis anledning til å trene på mindre deler av konsultasjonen, med full oppmerksomhet på de kommunikative forhold som kjennetegner de ulike fasene. Vi tror dette har flere fordeler, for så vel lærere som studenter. Både utøver og evaluator av rollespill vil klarere se hva man bør prøve å oppnå under en bestemt øvelse. Fokus og tilbakemelding blir klarere. Studentene kan øve seg på aktiv lytting, målrettede spørsmål, motiverende samtale, tiltaksfase osv., uten å behøve å tenke på alle disse elementene samtidig. Mot slutten av kurset settes det hele sammen gjennom analyse av reelle konsultasjoner på video. Faren for at kurset skulle fremme en «reduksjonistisk» holdning til konsultasjonen tror vi er liten, fordi metodikken lar studentene erfare og reflektere over at det å «forstå» en annen er en helhetlig, skapende og i prinsippet ikke avsluttbar prosess.

Videre vil vi trekke frem den høye egenaktiviteten i kurset, og hevde at den er en absolutt forutsetning for å bidra effektivt til endring og utvikling av studentenes kommunikative atferd. Læring er personlig utvikling som skjer hos den lærende. Læring av ferdigheter (kroppslige, språklige, kognitive, emosjonelle) forutsetter kroppslig handling (28, 29), som fortrinnsvis bør suppleres med instruksjon, tilbakemelding og refleksjon (30, 31). Dette gjelder selvsagt ikke spesielt for studenter. Også de pasientene som våre studenter skal være leger for, vil lære bedre hvis de hjelpes ut av en altfor passiv pasientrolle. Å bli syk eller pårørende til en som har en sykdom innebærer ofte at mye skal læres: Man skal utvikle kunnskap og dømmekraft slik at man kan ta ansvar, forstå, huske, forebygge, justere behandling, akseptere situasjonen, samarbeide med helsevesenet osv. Ut fra teoretiske betraktninger vil vi tro at studentaktiverende undervisning via modellering og mester-svennmekanismer (32) kan føre til at studentene blir mer pasientaktiverende leger.

Hvordan kurset ble skapt

Å skape nye undervisningselementer er krevende og innebærer mye famling på veien mot ny kompetanse. Det kan derfor være av interesse å få et innblikk i hvordan vi ved Seksjon for allmennmedisin har utviklet en undervisningskompetanse i klinisk kommunikasjon som ingen av oss i utgangspunktet hadde. Forløpet kan deles i fire faser:

- – Studiereise til lærested kjent for å drive god konsultasjonsundervisning, med observerende deltakelse i undervisningen og innhenting av lærestoff.
- – Todagers kurs for seksjonens ansatte, med eksterne lærerkrefter (i vårt tilfelle hentet fra Belgia).

- – Internt seminar med trening i de enkelte faser av konsultasjonen og utvikling av studentkompendium.
- – Gjennomføring av undervisning for studenter og allmennpraktikere, med systematisk evaluering og videreutvikling av opplegget (33).

Vi mener at vi nå har arbeidet frem en grunnmodell som fungerer godt under norske forhold. Vi håper å kunne utvikle påbyggingsmoduler for erfarne leger fra alle spesialiteter, rettet mot vanskelige kommunikasjonsoppgaver som dukker opp i all klinisk virksomhet. Fremtidens medisin vil i stor grad dreie seg om «pasienter» som trenger forståelse, bekreftelse, bestyrkelse, råd og bistand. Den pasientsentrerte kliniske metode er relevant i konsultasjoner hvor vanskelige budskap skal formidles, hvor pasienten er alvorlig syk eller døende, hvor det er interessekonflikt med pasienten, hvor pasienten er i sterk psykisk ubalanse eller dement, hvor flere parter er involvert (verge, pårørende), hvor pasienten trenger hjelp for å motivere seg til livsstilsendringer osv. Men også i de vanlige kliniske møter hvor oppgavene kan synes selvinnsynende, er metoden å anbefale. Samtalen og den kliniske relasjonen er potente virkemidler. Vi må lære å bruke dem.

LITTERATUR

1. Gulbrandsen A. Utdanning for arbeid med mennesker. 1. Grunnlagsrefleksjoner. Bergen: Sigma Forlag, 1993.
2. Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
3. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of human communication. New York: W. W. Norton, 1967.
4. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1991 (1956).
5. Sørli T, Sexton H, Sørli D. I hvilken grad kan pasienttilfredshet forklares? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2637 – 40.
6. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 349 – 53.
7. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 354 – 7.
8. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56 – 9.
9. Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2253 – 6.
10. Langewitz WA, Eich P, Wossmer B. Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. Psychosom Med 1998; 60: 268 – 76.

11. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
12. Craenen J, Goedhuys J. Communication for the general practitioner's consultation. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, 1997.
13. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon: Radcliffe, 1998.
14. Roter DJ, Hall JA. Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 325 – 9.
15. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990; 65: 611 – 21.
16. Fjelland R. Vitenskapsteori, med spesiell vekt på naturvitenskapene. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
17. Cecil DW, Killeen I. Control, compliance, and satisfaction in the family practice encounter. *Fam Med* 1997; 29: 653 – 7.
18. van Manen M. Pedagogisk takt. Betydningen av pedagogisk omtenkksomhet. Bergen: Caspar forlag, 1993.
19. Berg O, Haug C. Dialogene som forvitrer. Et kritisk blikk på klinikkens utvikling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1163 – 8.
20. Eriksen TH. Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
21. Brodal P. God medisinsk praksis avhenger av god teori. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2753 – 4.
22. Hellesnes J. Sosialisering og teknokrati. Oslo: Gyldendal, 1975.
23. Karterud S, Monsen JT. Selvpsykologi. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
24. Ihlen H, Ihlen B-M, Koss JO. Effekt. Falske smil og ekte ørefiker. En bok om kommunikasjon og teambygging. Oslo: Cappelen, 1997.
25. Lønning I. Det allmenne i medisin og helsepolitikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 101 – 5.
26. Falkum E, Larsen Ø. Hva former befolkningens oppfatninger om helse og sykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4488 – 91.
27. Ekeland T-J. Mening som medisin. En analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teorier. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
28. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Praksis læres i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2975 – 8.
29. Johannessen KS. Noen aspekter ved taus kunnskap. I: Gulbrandsen A, red. PLF-rapport nr. 2/99. Bergen: Program for læringsforskning,

Universitetet i Bergen, 1999.

30. Akre V, Ludvigsen SR. Hvordan læres medisinsk praksis? I: Nielsen K, Kvale S, red. Mesterlære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.

31. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Hvordan utvikles profesjonell kompetanse? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2979 – 81.

32. Nielsen K, Kvale S. Mesterlære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.

33. Bærheim A, Meland E, Schei E. Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2263 – 5.

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. januar 2026.