
Kommunikasjon og konsultasjon i havgapet

AKTUELT

SVERRE LUNDEVALL

BENTE ASCHIM

Pedagogisk avdeling

I flere kommunikasjonskurs åpner deltakerne med å si at de gjerne vil bli flinkere til å avslutte konsultasjonen og holde tiden. I løpet av kurset finner mange ut at årsaken til problemene ligger i første del av konsultasjonen. Bedre ferdigheter der vil gjøre at de senere fasene går lettere.

Det fortalte Dr. Jonathan Silverman fra Cambridge ved et kurs i kommunikasjon med pasienter på Landego fyr utenfor Bodø i sommer.

Lærer av videoopptak

Sammen med Juliet Draper og Suzanne Kurtz har Jonathan Silverman gitt ut to ferske, aktuelle bøker (1, 2) om kommunikasjon med pasienter i allmennmedisin. En hovedtanke hos Silverman er at man lærer mest av videoopptak av egne konsultasjoner. Tilbakemeldingen må være deskriptiv (i motsetning til dømmende) og spesifikk (i motsetning til generell). Utsagn av typen “det var en god konsultasjon” eller “du hadde ikke kontakt med pasienten” er det vanskelig å bli klokere av. Det er bedre å si: “Du hadde god øyekontakt med pasienten inntil telefonen ringte” eller “Da hun begynte å gråte, begynte du raskt å spørre om hvorfor og pasienten trakk seg tilbake i stolen”.

Silverman mener at alle kan bli bedre til å kommunisere gjennom å lære og praktisere kommunikasjonsferdigheter. Ferdigheter kan være lettere å gripe tak i enn holdninger. Konsultasjonens forskjellige faser krever ulike ferdigheter.

For eksempel kan det i en innledning være viktig med åpne spørsmål mens det i planleggingsfasen er viktig å være tydelig og prøve ut pasientens forståelse ved å be henne gjenta budskapet.

Kommunikasjonsferdigheter



Jonathan Silverman fra Cambridge var hovedforeleser på kurs i kommunikasjon med pasienter. Foto B.O. Hoftvedt

Silverman har sammen med kolleger utarbeidet en oversikt over kommunikasjonsferdigheter (se ramme), men det er like viktig å danne seg en egen analyse av konsultasjonen som å adoptere andres analyser. Deltakerne ble delt inn i grupper som skulle komme frem til hvilke faser de mente

konsultasjonen består av, hvilket formål man har i hver fase og hvilke ferdigheter som trengs til hvilken tid. Det ble gjort videoopptak av rollespill av konsultasjoner, som ble analysert i gruppene etter en egen prosedyre (se ramme). Vekten legges på hva legens formål med konsultasjonen er. Alle fikk prøvd seg i rollespill som lege eller pasient, eller som veileder i gruppe. Slik fikk vi oppleve at videoopptak av konsultasjoner kan brukes målrettet. Det finnes flere metoder for undervisning i kommunikasjon mellom lege og pasient. Hovedsaken er at kommunikasjon forblir et sentralt emne i så vel grunnutdanning som i legers videre- og etterutdanning.

Kursleder Tor Anvik fortalte at Bodø er den byen i Norge som hadde flest overflygninger av havørn per innbygger. For oss som deltok blir oppgaven å utvikle vår egen flygedyktighet som undervisere, veiledere og kursholdere i lege-pasient-kommunikasjon.

The Calgary-Cambridge guide

For hver av de fem fasene i konsultasjonen er det flere mål, som igjen krever visse ferdigheter, noen eksempler er nevnt under fase I

I Åpning

Legens mål i denne fasen kan være å forberede seg, etablere kontakt, og å få frem årsakene til at pasienten er kommet. Hver av disse målene krever spesifikke ferdigheter, som å gjøre seg ferdig med forrige pasient, hilse på pasienten, stille et åpningsspørsmål, lytte aktivt, spørre om det er flere problemer pasienten ønsker å ta opp og avklare hva det er tid til

II Samle informasjon

III Fysisk undersøkelse

IV Informasjon og planlegging

V Avslutning

Praktisk prosedyre for videoanalyse

- Videolegen beskriver bakgrunnen for konsultasjonen, tidligere kjennskap til pasienten og andre relevante opplysninger.
- En deltaker påtar seg pasientperspektivet slik at han kan spille pasienten i senere rollespill.
- Opptaket vises uten avbrudd mens gruppedeltakerne observerer og noterer spesifikke ord og handlinger som kan brukes i en deskriptiv tilbakemelding.
- Etter at videoen er spilt og man har hatt noen minutters ro for å notere viktige punkter starter videolegen med å ta opp det som han synes er problematisk og ønsker hjelp til.
- Veileder og videolege forhandler om hva det skal settes fokus på, hvilke områder som fungerte bra og hvilke som ikke gjorde det.

- Sekvensen som man ønsker å trekke frem, spilles på nytt. Videolegen oppmuntres til å foreslå alternative måter å gjøre dette på og dette rollespilles med gruppedeltaker som har tatt pasientrollen.
- Resten av gruppen bidrar så med tanker og forslag. Det er viktig å fastholde at man ikke dømmer, men ser på konsultasjonen i forhold til det formålet legen har.
- Avslutningsvis klargjør veilederen om videolegens mål med sesjonen er oppfylt og hva som har fungert bra. Også de andre gruppedeltakerne reflekterer over hva de har lært.

LITTERATUR

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984 (og senere utg.).
2. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.
3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.