

Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge

Sammendrag

Bakgrunn. Klinisk kommunikasjon som del av lege-pasient-forholdet er blitt viet økende oppmerksomhet i undervisningen av medisinstudenter ved norske universiteter. Undervisningsoppleggene, for en stor del basert på smågrupper, krever atskillige ressurser. Det er derfor behov for en grundig evaluering for å undersøke om resultatene står i forhold til investeringen.

Materiale og metoder. En arbeidsgruppe med representanter fra de fire medisinske fakulteter har iverksatt et prosjekt for å kvalitetssikre undervisningen som gis i klinisk kommunikasjon. I artikkelen sammenliknes omfang, form og innhold av undervisningen ved de fire lærestedene.

Resultater og fortolkning. Det er vesentlige forskjeller i hvilke av studiets faser undervisningen er plassert, omfang av lærerbasert undervisning, praksisutplassering samt utvikling av kompetanse blant lærere i klinisk kommunikasjon. I hvor stor grad disse variasjoner influerer på forskjeller i studentenes kommunikasjonsferdigheter ved avslutningen av studiet, vil videreføringen av prosjektet ta sikte på å besvare. Dette vil kunne gi et empirisk grunnlag for å iverksette forbedringer av undervisningen.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 2238

Tore Gude

tore.gude@basalmed.uio.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
Oslo 0317

Tor Anvik

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Anders Bærheim

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Ole Bernt Fasmer

Psykiatrisk institutt, Seksjon Haukeland
Universitetet i Bergen

Hilde Grimstad

Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Per Hjortdahl

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Are Holen

Institutt for nevromedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Terje Risberg

Kreftavdelingen
Universitetssykehuset Nord-Norge

Per Vaglum

Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo

Trening i ulike former for klinisk kommunikasjon har betydning for kvaliteten på diagnostikk, behandling og oppfølging i kontakten med pasienter ved både somatiske og psykiatriske sykdommer (1, 2). Kommunikasjon og intervjuferdigheter kan læres uavhengig av personlighetstype (3) når undervisningen er strukturert og målrettet, og stadig gjentas utover i studiet (2, 4).

God undervisning forutsetter at lærerne skolerer i kommunikasjonsundervisningens pedagogikk (5). Målet er at kliniske lærere, som er vant til å betone medisinske problemstillinger og kliniske ferdigheter, blir seg bevisste på og kan reflektere over kommunikasjons og intervjuferdighetenes betydning for anamneseopptak, diagnostikk, behandling og også etterlevelse. Det er nødvendig at lærerne tilbys praktiske redskaper slik at de kan vise studentene hvordan kommunikasjonsferdigheter kan forbedres (6) og at de får tid og rom til å utvikle sin identitet som universitetslærere (7).

Ved norske medisinske læresteder nedlegges det mye arbeid i gjennomføringen av

undervisning i klinisk kommunikasjon. En felles overordnet målsetting er at studentene skal bli trygge på sin rolleidentifisering som lege, utvikle evne til å vise empati og til å kunne integrere pasient- og sykdomsperspektivet slik at de faglige medisinske oppgavene blir ivaretatt. Undervisningsformen er ressurskrevende fordi den i stor grad må foregå i smågrupper for at studentene skal kunne oppnå tilstrekkelig trygghet til den egeneksponering som er nødvendig for effektiv læring. Derfor er det viktig å kvalitets sikre oppleggene.

Et spørsmål er om fakultetenes vektlegging og plassering av undervisningen innen klinisk kommunikasjon i ulike studiefaser gir forskjeller i studentenes ferdighetsnivå ved studiets avslutning. For å komme nærmere et svar på dette, er de fire fakulteter i Norge i gang med felles evaluering av klinisk kommunikasjonsundervisning (EKKO-prosjektet). Som et ledd i denne evalueringen er det behov for en klargjøring av hvilke faktiske forskjeller og likheter det er mellom undervisningsprogrammene ved de fire fakultetene. Vi har derfor foretatt en detaljert sammenlikning av programmene. Hensikten med denne artikkelen er å:

- Sammenlikne kommunikasjonsundervisningens form og innhold ved de fire fakultetene
- Beskrive hva som gjøres ved de ulike lærestedene for å sikre lærerkompetanse innen klinisk kommunikasjon.

Kort historikk

Undervisning i klinisk kommunikasjon er blitt introdusert, utviklet og organisert på forskjellige måter ved de fire universitetene, dels utgående fra medisinske atferdsfag, dels fra samfunnsmedisin, allmennmedisin eller psykiatri.



Hovedbudskap

- Undervisningen i klinisk kommunikasjon foregår hovedsakelig i smågrupper og er derfor ressurskrevende.
- Omfang, form og innhold av denne undervisningen varierer mye mellom de fire norske medisinske lærestedene.
- Videreføringen av evalueringsprosjektet vil kunne bidra til forbedringer av undervisningen.

Fakta

- Undervisning i klinisk kommunikasjon: Individuell eller gruppebasert undervisning der over halvdel av studentene får direkte tilbakemelding fra lærer og medstudenter på intervjuferdigheter og kommunikasjonsform

I Tromsø var undervisning i klinisk kommunikasjon som del av organkursene inkludert i studieplanen helt fra første studentkull startet i 1973 (8). Fra 1999 ble en ny fagplan for «medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid» innført. Den nye fagplanen fastholdt at undervisningen i kommunikasjon skulle være integrert i organkursene.

I Trondheim startet medisinstudiet i 1975 med 40 studenter fra preklinisk fase i Bergen. Den kliniske delen over 3 1/2 år hadde ingen timeplanfestet undervisning i klinisk kommunikasjon selv om pasientnær undervisning foregikk gjennom undervisning ved sykesengen (bed-side teaching). Med oppstart av fullt studium i 1993 kom undervisningen i klinisk kommunikasjon på planen i form av Lege-pasient-kurset over de to første årene. Denne studieplanen har siden bare gjennomgått små endringer.

I Bergen startet undervisningen i klinisk kommunikasjon i 1989 med et kurs i 3. studieår. I 1998 startet konsultasjonskurser i 6. studieår, med fokus på trening av konsulta-

sjonselementer og med vekt på konkret tilbakemelding til studentene med hensyn til prestasjon (9). Et kurs i kognitiv psykoterapi ble i 2000 innført i 5. studieår.

I Oslo ble allmennmedisin og medisinske atferdsfag som fag innført i henholdsvis 1968 og 1977. Høsten 1996 ble det innført en ny studieplan der undervisningen i klinisk kommunikasjon starter allerede i første semester og er spredt utover hele studiet. Den sikter inn på ferdighetstrening og progresjon i vanskelighetsgrad med økende vektlegging av tilbakemelding til den enkelte student på intervjustil og ferdighetsdemonstrasjon gjennom studiet.

Metode

Sammenlikningen mellom studieplanene er basert på fakultetenes semesterplaner og en grundig gjennomgang og diskusjon i arbeidsgruppen med representanter for de fire fakulteter (artikkelforfatterne). Det ble utarbeidet en definisjon for klinisk kommunikasjonsundervisning (faktaboks). Den direkte tilbakemeldingsformen ble vektlagt både fordi den aktiverer emosjonell egenlæring og fordi studentene selv etterlyser den (10, 11). I denne artikkelen omtaler vi ikke forelesninger og storgrupper der klinisk kommunikasjon i lege-pasient-forholdet er tema. Vi skiller mellom former for undervisning som er *lærerbasert* og omfatter kliniske situasjoner der lærer er involvert med veiledning/tilbakemelding til studentene, og *egentrening* der studentene kan øve på kommunikasjonsferdigheter, enten med hverandre i rollespill eller i forhold til pasienter i akuttinntak,

på sengepost eller i allmennpraksis uten at lærer er til stede.

Av praktiske hensyn har vi valgt å dele opp studiet i tre hoveddeler:

- Startfasen som omfatter de første to år (i Bergen 2 1/2 år preklinikk)
- Midtfasen som omfatter 3., 4. og 5. året (i Oslo 5.–9. semester)
- Avslutningsfasen som utgjør det 6. og siste året (i Oslo 10.–12. semester)

Resultater**Omfang**

Omfanget av den lærerbaserte undervisningen varierer betydelig i studiets forskjellige faser (tab 1). I utplassering i allmennpraksis og ved sykehus (tab 2) får studentene tilbakemelding på intervjuferdigheter i vekslende grad. Mesteparten av denne undervisningen er obligatorisk.

Plassering av kommunikasjonsundervisningen i studiet

I *startfasen* av studiet (1. og 2. år) har Bergen ingen kommunikasjonsundervisning pga. preklinikken, mens de tre andre fakultetene har varierende grad av slik undervisning. I Trondheim er hele 85 % plassert i Lege-pasient-kurset i løpet av de to første årene. Tromsø har ca. 1/3, mens Oslo har under 1/4 av samlet undervisningsomfang i startfasen.

I *midtfasen* har Trondheim timeplanfestet kommunikasjonsundervisning i forhold til psykiatriske pasienter, mens de tre andre har ikke-fagspesifiserte opplegg. I Oslo og Tromsø er over 50 % av hele undervisningsmengden lagt til denne perioden som del av den kliniske smågruppeundervisning. Bergen har to kurs i midtfasen samt et kurs i kognitiv terapi integrert med undervisningen i psykiatri.

I *avslutningsfasen* har alle lærestedene ett «bringe dårlige nyheter»-kurs. Oslo har kurs i avsluttende fase om mestring av krevende kliniske situasjoner studentene vil møte i turnus. I Bergen trenes studentene både i enkeltelementer som reattribuering, pasient-sentrerte tiltak, konfliktfylt konsultasjon og håndtering av ordfattige pasienter i komplette konsultasjoner som en integrert del av allmennmedisinsk periode i 6. år.

Undervisningsorganisering

I Trondheim utgjør Lege-pasient-kurset med integrert undervisning hoveddelen av studiets kommunikasjonsundervisning. Teoretisk undervisning og ferdighetstrening skjer ved hjelp av introduksjonsforelesninger med etterfølgende rollespill og videoopptak i smågrupper i ferdighetslaboratoriet. Parallelt får studentene gjennom utplassering hos allmennpraktiker praktisk trening i samtaler med pasienter med videoopptak og personlig tilbakemelding på ferdigheter fra allmennpraktiker og medstudenter. Kurset avsluttes med en kommunikasjonseksamen. Trondheim, som eneste studiested i Norge,

Tabell 1 Omfang av undervisning i klinisk kommunikasjon ved de fire fakulteter

	Tromsø (timer)	Trondheim (timer)	Bergen (timer)	Oslo (timer)
Startfasen 1.–2. år	11	24	0	14
Midtfasen 3.–5. år	11	16	48	25
Avslutningsfasen ¹ 6. år	12	5	16	18
Samlet omfang	34	45	64	57

¹ I Oslo omfatter avslutningsfasen de tre siste semestre, i Trondheim det siste halve året

Tabell 2 Utplassering i allmennpraksis og i sykehus ved de fire fakultetene

	Tromsø (timer)	Trondheim (timer)	Bergen (timer)	Oslo (timer)
Startfasen 1.–2. år	12	90 allmennpraksis ¹	0	18
Midtfasen 3.–5. år	243 i allmennpraksis, 480 i sykehus	135 i allmennpraksis, 550 i sykehus	6 i allmennpraksis, 480 i sykehus	0
Avslutningsfasen ² 6. år	0	0	140 i allmennpraksis	192 i allmennpraksis, 192 i sykehus
Samlet omfang	735	775	626	402

¹ Gruppebasert undervisning i allmennpraksis med hovedvekt på kommunikasjon som del av Lege-pasient-kurset

² I Oslo omfatter avslutningsfasen de tre siste semestre, i Trondheim det siste halve året

bruker denne formen utarbeidet ved universitetet i Linköping (strimman) der en allmennlege følger sin gruppe av studenter i de to første årene (12).

Også ved de øvrige lærersteder er, i tillegg til smågruppeundervisning, utplassering hos allmennpraktikere en vesentlig del av treningen, om enn ikke på samme integrerte måte som i Lege-pasient-kurset i Trondheim. Tilbakemelding på kommunikasjon og intervjuferdigheter er en obligatorisk del i utplasseringen. Men hvor mye tid som brukes for tilbakemelding, varierer nok fra praksissted til praksissted.

I 1. studieår i Tromsø brukes studentenes erfaringer fra utplasseringen som utgangspunkt for forelesninger og gruppearbeid om kommunikasjon. I 4. studieår gjennomfører hver student 2–4 konsultasjoner hos allmennlege eller på legevakt med lærer til stede, og får tilbakemelding umiddelbart både på kliniske ferdigheter og på ferdigheter i kommunikasjon.

Under hovedutplasseringen i 5. studieår (i Trondheim 6. år) arbeider studentene individuelt under veiledning fra praksislærer (allmennlege) som gir løpende veiledning og tilbakemelding på kliniske ferdigheter og kommunikasjon. Praksislærerne gir i tillegg skriftlig evaluering av hver enkelt student til fakultetet, og studentenes evne til kommunikasjon med pasientene er det mest sentrale tema i disse rapportene.

Undervisningsformer

Rollespill og video. Ved alle lærestedene brukes rollespill med videoopptak som instrument i undervisningen, om enn på noe forskjellig trinn i studiet. I Trondheim og Oslo brukes det mest i startfasen, i Tromsø også i midtfasen, mens i Bergen blir det tatt i bruk tidlig i midtfasen som er deres startfase i kommunikasjonsundervisningen.

Reell pasient. Ved alle lærestedene brukes reelle pasienter i deler av undervisningen. I Tromsø og Oslo ivaretas klinisk kommunikasjonsundervisning i midtfasen både av lærere fra Institutt for medisinske atferdsfag/Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin og lærere fra de kliniske fag.

I 6. års konsultasjonskurs i Bergen starter studentene med trening av konsultasjonselementer i rollespill. Deretter har hver student en konsultasjon med en ordinær pasient på Bergen Legevakt. Konsultasjonen tas opp på video og vises i grupper på seks studenter. Gruppeleder trener studentene i å gi hverandre konkret tilbakemelding på konsultasjonen som vises, basert på de læringsmål studentene velger for seg. Begrenset antall stabile, spesialtrente lærere har gitt mer entusiastiske tilbakemeldinger fra studentene enn tidligere (9).

I 3. studieår i Tromsø brukes den samme fremgangsmåten som i Bergen, med to unnatak: Studentene intervjuer pasienter fra de avdelinger hvor de til enhver tid har sin kliniske undervisning, og hver gruppe ledes av

to lærere, en klinisk og en universitetsansatt lærer i hoved- eller bistilling.

I Trondheim brukes reelle pasienter i allmennpraksisdelen av Lege-pasient-kurset.

Simulert pasient. Bruk av simulerte pasienter (skuespillere) brukes alle steder i studiets slutfase. Studentene får anledning til å trene på flere typer tilnærming overfor samme skuespiller, noe som ikke lar seg gjøre overfor vanlige pasienter. Formen er velegnet til å trene på emosjonelt ladede situasjoner, som i forholdet til deprimerede/suicidale, aggressive, nedlatende osv. pasienter, eller overfor pasienter og pårørende som skal motta dårlige nyheter. Dette er det viktig å trene på like før overgangen til turnus da studentene som uerfarne leger møter slike situasjoner.

Eksamensformer

Trondheim har eksamen i kommunikasjon etter avsluttet ferdighetslaboratorium. I Oslo prøves studentenes ferdigheter i å «bringe dårlige nyheter» som del av stasjonseksamensordningen (12). Ved avsluttende eksamener vektlegges kommunikasjonsaspekter i de kliniske fag i Tromsø, i allmennmedisin i Bergen.

Lærerressurser

Ressurser allokeret til undervisningen i klinisk kommunikasjon varierer fra fakultet til fakultet. I Tromsø er det ikke avsatt egne stillingsressurser til kommunikasjonsundervisning, men ca. 15 universitetsansatte og ca. ti kliniske lærere er involvert, for de fleste vedkommende som en integrert del av undervisningen i organkursene.

I Bergen gis undervisningen av vitenskapelig ansatte ved Psykiatrisk Institutt og Seksjon for allmennmedisin. Til de to kursene i midtfasen brukes også spesialtrente timelærere (leger ved psykiatriske institusjoner og allmennpraktikere).

I Trondheim er det avsatt en hel stilling til koordinator for Lege-pasient-kurset og 5,2 stillingshjemler for allmennpraktikere i universitetslektor II-stillinger. Disse deltar i undervisningen i allmennpraksis. Ferdighetslaboratoriet har 1,6 stillingshjemler, i tillegg deltar eldre studenter på timelønnsbasis.

I Oslo har Institutt for medisinske atferdsfag to I-stillinger (lege/psykolog) og to II-stillinger (lege) til denne undervisningen sammen med timelærere ved de kliniske avdelinger der deler av undervisningen foregår. Ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin deltar vitenskapelig fast ansatte i 3,5 stillinger, sammen med allmennpraktikere i 13 stillingshjemler for universitetslektor II-stillinger (fem til de to første semestre, åtte til 10. semester), i denne undervisningen.

Utvikling av lærerkompetanse

Utover antall fagstillinger har utvikling av lærerkompetanse (faculty development) stor betydning for undervisningens kvalitet. Utfordringen ligger i å få gjennomslag i de kli-

niske miljøer for tankegangen om at intervju og kommunikasjonsferdigheter er av betydning for kartlegging av pasientens helseproblemer.

Tromsø har positive erfaringer med begynnerseminar for alle lærerne ved starten og erfaringsseminar ved slutten av studieåret, lærerne i fellesskap reflekterer over sine erfaringer og diskuterer forbedringer i undervisningsopplegget i kommunikasjon.

I Oslo har det vist seg vanskelig å få etablert et fast korps av kliniske lærere som det har vært mulig å gi mer systematisk opplæring i vektlegging av kommunikasjon. Frivillige kurs blir i for liten grad prioritert av de kliniske lærere. Det arbeides nå med planer om å få til en organisatorisk integrering av kommunikasjonsundervisningen i den ordinære kliniske smågruppeundervisning i studiets midtfase. Dette kan bidra til mer stabilitet og forpliktelse blant de kliniske time-lærere.

Ved starten av Lege-pasient-kurset i Trondheim får lærere et to dagers kvalifiseringsseminar for å bevisstgjøre dem på betydningen av klinisk kommunikasjon. Informasjon om opplegget øker kunnskap om hva studentene skal trenes i og hvordan tilbakemelding kan gis. Lærerne tilbys også oppfølgingskurs over to dager samt to årlige kveldsseminarer.

I Bergen anvendes dels internopplæring av lærere, dels videreutvikling for den enkelte lærer ved besøk til internasjonale ressursmiljøer. De siste to årene har seksjon for allmennmedisin startet systematisk opplæring av praksislærerne for å styrke kvaliteten på tilbakemeldingsaspektet når studentene er utplassert i allmennmedisin.

Diskusjon

Trondheim har hovedtyngden av undervisningen i klinisk kommunikasjon i begynnelsen av studiet, Bergen i midt- og slutfasen, mens Oslo og Tromsø har undervisning i alle tre faser av studiet. Startfasen kan være gunstig for å sensibilisere studentene for kommunikasjonsaspektene før de får hovedtyngden av klinisk undervisning. Svakheten kan være at de avlæres igjen før studiet er slutt, noe som kan være et argument for å legge hovedvekten i slutfasen. En innvending er at studentene allerede kan ha lært en inadekvat kommunikasjonsstil som det er vanskelig å endre. Gjennomgående undervisning, som en syntese av disse to tilnærminger, muliggjør en progresjon i undervisningen og sikrer tilknytning til flere kliniske fag underveis (Oslo og Tromsø). Svakheten kan være at studentene «går lei av» undervisningen, og synes det blir det samme om igjen, særlig hvis ikke progresjonsaspektet ivaretas.

En vurdering av hvilken form som er best, må baseres på en systematisk undersøkelse av studentenes kommunikasjonsferdigheter på slutten av studiet noe som planlegges i neste fase av *EKKO-prosjektet*.

Fakultetene allokerer noe ulik mengde og type av lærerressurser til undervisningen i klinisk kommunikasjon. Hadde vi definert denne undervisningen smalere eller bredere, kunne resultatene blitt annerledes uten at vi kan redegjøre for det i denne studien.

Undervisningsformene har også likhetstrekk. Bruk av reelle pasienter i utplassering gir muligheter for mengdetrening samtidig som det involverer mange kliniske lærere. Svakheten er at lærerne ikke nødvendigvis har erfaring i å sette søkelyset på kommunikasjon. Dette har, i alle fall i Oslo, gitt stor variasjon i studentenes evaluering av undervisningen i sykehus, mens Bergen med sin etablering av et lite, spesialtrenet korps har fått bedret studentevaluering.

Styrken er først og fremst at studentene opplever at ferdigheter i kommunikasjon er viktig og nødvendig i det daglige kliniske arbeidet. Ved at de kan trene på å intervju pasienter under skjermede forhold og uten at de har noe videre ansvar for behandling og oppfølging, kan situasjonen bli trygg nok til at de ikke blir altfor redde for å gjøre feil.

Utdanning av kliniske lærere i kommunikasjonsundervisningens pedagogikk, understrekes fra flere hold som en forutsetning for at denne spesifikke undervisningen får høy kvalitet (13, 14). Hvis ikke kommunikasjonsaspektene og lege-pasient-forholdet

vektlegges i undervisningen i tillegg til sykdomsutredningen, kan studentene få det feilaktige inntrykk at klinisk kommunikasjon er et fag for seg selv, og ikke ferdigheter vi trenger for å stille riktig diagnose, velge riktig behandling og få til et adekvat samarbeid med pasienten. Det er derfor betenkelig at pedagogisk skoling foregår i så begrenset omfang ved våre fakulteter. Dersom vi ønsker å gjøre studentene våre til enda bedre klinikere, er en oppgradering av lærernes kompetanse og holdninger til kommunikasjonsaspektene ved den kliniske undersøkelse antakelig noe av det viktigste som kan gjøres. Her ligger den store utfordring i årene som kommer.

Litteratur

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385–7.
2. Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB, Sargeant J. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ* 2002; 36: 115–24.
3. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650–6.
4. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999; 21: 563–70.
5. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med* 1998; 73: 387–96.
6. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.
7. Hedberg C, Hensjö LO, Ohlsson M, Furhoff AK. Gruppdialoger med studenter på termin elva. Samordning av konsultationsundervisningen saknas. *Läkartidningen* 2001; 98: 5378–81.
8. Furumo G, Hansen V, Høyer G, Nilssen O, Wifstad Å, red. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen. Tromsø: Institutt for Samfunnsmedisins skriftserie 1996, 35.
9. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2258–62.
10. Rees C, Sheard C, McPherson A. Communication skills assessment: the perceptions of medical students at the University of Nottingham. *Med Educ* 2002; 36: 868–78.
11. Wibom L. Jakten på empatiutbildningen – varför erbjuds vi inte det vi måste ha? *Läkartidningen* 2002; 99: 1364.
12. Evensen SA, Karterud SW, Mathisen P, Sekkelsten A. Testing av medisinske studenters evne til å formidle et vanskelig budskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2804–6.
13. Borulf Å, Aspberg K, Holmér A, Karlsson J, Holm J, Kihlberg Å et al. Goda resultat av «Strimman Patientkontakt» i Linköping. *Läkartidningen* 1995; 92: 255–8.
14. Carroll JG, Lipkin M jr., Nachtigall L, Weston WW. A developmental awareness for teaching doctor/patient communication skills. I: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, red. *The medical interview, clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag, 1995: 388–96.