

der termin 6. Få studenter blir underkända i delmomenten »patientkontakt-kommunikationsförmåga» i de olika stadientamina. Våra studenter tycker också när de gör sin AT efter genomgången utbildning att just kommunikationsförmågan är väl tränad och tillgodosedd inom Linköpingsmodellen [10]. Det framkommer också i en nyligen påbörjad undersökning av vad deras AT-handledare anser om våra f d studenter.

Mer utbildning i samtalskonst för männen?

Strand och medarbetare hävdar att manliga läkarstuderande i Stockholm möjligen har lättare att tappa sin empatiska förmåga än kvinnliga. De presenterade resultaten är dock ej helt övertygande; materialet är litet, hur kontrollgruppen valts är oklart, t ex huruvida grupperna i något avseende är matchade. Det påpekas också ofta hur svårt det är att mäta kommunikationsförmåga och empati [11, 12]. Om resultaten ändå är sanna, är detta en synnerligen väsentlig kunskap. En läkare som tror på betydelsen av kommunikation och psykosociala mekanismer har också ett annat sätt att kommunicera i den verkliga läkar-patientsituationen [13]. En sådan läkare ställer oftare öppna frågor och visar mer förståelse och empati, vilket leder till att patienten blir mer aktiv, uttalar åsikter och vågar ta ett större eget ansvar för sin sjukdom och sin behandling [13]. En läkare som kan visa empati torde alltså ha lättare att engagera patienten och får därmed större förutsättningar att ställa rätt diagnos, ge adekvat behandling och få bra följsamhet.

Det är förstås högst beklagligt om manliga läkare får en sämre empatisk och kommunikativ förmåga under studiernas gång, och därmed som färdiga läkare inte får med sig ett viktigt redskap för sin framtida verksamhet.

Strands och medarbetares data borde följas av en större studie, gärna av multicentertyp, i Sverige, där olika modeller för träning av empati och kommunikation kan jämföras. Vidare skulle det vara intressant att studera orsakerna till studieavbrott, samt när dessa görs vid olika läkarutbildningar i relation till när studenterna börjar träna patientkontakt.

Om fynden kan bekräftas – att det finns könsskillnader i utveckling av den empatiska förmågan – är det ett bra förslag att satsa mer utbildning i t ex samtalskonst för de manliga studenterna. Detta borde, som författarna också anger, kombineras med annan extra utbildning för de kvinnliga studenterna, t ex i ledarskap, facklig utbildning eller sammanträdesteknik.

Det är kanske inte helt otroligt att manliga studerande som grupp faktiskt kan ha en mindre empatisk förmåga än

kvinnliga. En typisk kvinnlig egenskap är ju just en relationsskapande förmåga som stimulerar till inlevelse och parumgånge (flickor-flickor i tonåren) i kontrast till pojkarnas gängrelationer. I så fall måste också Sveriges medicinarutbildningar försöka kompensera för denna verklighet. Att väva in träning i kommunikation, samtalskonst och empatisk förmåga under hela utbildningen gör att dessa kompetenser tillåts mogna och växa i takt med de rent biomedicinska kunskaperna, i stället för att trängas undan av dessa.

Referenser

1. Moorhead R, Winfield H. Teaching counselling skills to fourth-year medical students: a dilemma concerning goals. *Fam Pract* 1991; 8: 343-6.
2. Craig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1992; 26: 276-81.
3. Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The study of literature in medical education. *Acad Med* 1995; 70: 787-94.
4. Kopelman LM. Philosophy and medical education. *Acad Med* 1995; 70: 795-805.
5. Svedin CG, Kock M. Läkarutbildning i förändring: Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst. *Läkartidningen* 1990; 87: 2471-3.
6. Vernon D, Blake R. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68: 550-63.
7. Bergdahl B, Ludvigsson J, Koch M, Wessman J. Undergraduate medical education in Sweden: A case study of the Faculty of Health Sciences at Linköping University. *Teaching and Learning in Medicine* 1991; 3: 203-9.
8. Schmidt HG. Foundation of problem-based learning: some explanatory notes. *Med Educ* 1993; 27: 422-32.
9. Hammar M, Gustavsson P, Svedin CG, Domeij D, Hejil A. Personal and professional development in the training of communication and leadership in undergraduate medical education. *Education for Health, Change in Training & Practice* 1997; 10: 57-68.
10. Hård af Segerstad H, Forsberg P, Hammar M, Borulf Å. Önskemål i enkät bland AT-läkare i Linköping: Mer om ledarskap och undersökningsteknik. *Läkartidningen* 1996; 93: 4319-22.
11. Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, Burrows GD. Psychological test to measure the effects of medical education on students' interpersonal skills. *Med Educ* 1989; 23: 492-7.
12. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 121-33.
13. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 375-9.

Kommentar (2):

Mötet läkare-patient fundamentet i läkekonsten

Strands och medarbetares artikel tar upp ett viktigt område, nämligen läkarutbildningen med fokus på handledning.

En betydelsefull insats gjordes redan 1979 av Gerdt Wretmark, psykiatriprofessor i Linköping, då han skapade kursen »terapeutisk hållning, relationer, samtalskonst» [1]. Utbildningen gavs inom ramen för ämnet medicinsk psykologi. Studenterna värderade denna samtalsträning högre än den traditionella, ofta katedrala, undervisningen. Kursen, som oftast förlades till internat upp till en vecka, ansågs vara en påfrestande, men samtidigt positiv upplevelse. Studenternas aktiva intresse av förbättrad samtalsmetodik bidrog i hög grad till att kursen, ibland något omarbetad, under 1980-talet infördes på landets läkarlinjer. Stockholm ställde sig utanför med hänvisning till »stora kurser». Där genomfördes å andra sidan den utbildning av läkarlärare som låg till grund för samtalshandledning.

På några kursorter erbjöds studenterna efter hand träning i patientsamtal under medicin-kirurgiåret. Specialtränade läkare på de somatiska klinikerna använde samma pedagogik och videoteknik som studenterna mött under internatkursen [2, 3].

Kursen har ej objektivt evaluerats avseende effekt, men skriftlig utvärdering sista kursdagen och efter sex månader har oftast angett värdefulla upplevelser. Resultat och kommentarer är påfallande likartade, oavsett om kursen givits till specialister eller läkarstuderande.

Nätverk för studierektorer

Ämnet medicinsk psykologi, som funnits inom läkarutbildningen sedan 1974, omfattar bl a terapeutisk hållning och patient-läkarrelationer. Till Svens-

Författare

JAN DOCK

chefsöverläkare, psykiatriska sektorskliniken, Norrtälje; ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för medicinsk psykologi.

På ett ofta brutalt sätt konfronteras den unge studenten med den kliniska verkligheten och allt lidande som därtill hör.

ka Läkaresällskapets sektion för medicinsk psykologi är sedan länge kursörernas ämnesföreträdare knutna. Att skapa nätverk för studierektorer och kliniska lärare är en angelägen sektionsuppgift. Samsyn kring undervisningens mål och innehåll eftersträvas.

Hittills har sektionen arrangerat åtta lärarmöten, varav ett nordiskt. I Stockholm samlades hösten 1996 drygt 30 handledare i samtalskonst. Utbildningen granskades och olika exempel gavs på lokal utveckling. Behovet av valida utvärderingsinstrument tydliggjordes. Aktuell forskning kring läkarstudenters empatiutveckling presenterades.

Handledning i smågrupper

Ett annat inslag i utbildningen är handledning i smågrupper. Framlidne professorn i psykiatri Lennart Kaij beskrev redan 1977 en form av frivillig smågruppshandledning som dels var önskad av studenter, dels kom att spridas till andra kursorter [4].

Studenternas motivation och arbetet över tid var avgörande för resultatet, och påminner om arbete i Balintgrupp. Kaij hade besökt Michael Balint, en helhetssynens företrädare [5], vid Tavistock Clinic i London, och imporerats av dennes förmåga och metod att få studenterna aktiva i diskussionen om olika möten med patienter, med fokus på studentens försök att förstå individen.

Erfarenheter från dessa »frivilliggrupper» har redovisats bl a vid flera riksstämmor [6].

Brutal konfrontation

På ett ofta brutalt sätt konfronteras den unge studenten med den kliniska

verkligheten och allt lidande som därtill hör. Situationen kan betraktas som en kris, och hanteras bl a genom en identifikation med rådande system. Vad som då möter den blivande läkaren har betydelse. Att tas om hand (respekteras, bekräftas, bli »contained») skapar en god grund för att själv senare kunna utöva sin »containing function», dvs förhålla sig empatiskt och ha förmåga till såväl närhet som distans.

I Strands och medarbetares enkät uttrycker en majoritet av deltagarna i experimentgruppen det betydelsefulla och positiva i att reflektera över sin roll och sin del i samspelet med patienterna. Enkätsvaren – oavsett vad som kunde mätas i dessa små grupper – talar ju ett tydligt språk: gruppsamtalen innebar för flertalet stöd och hjälp i mötet med den kliniska verkligheten, och de önskade fortsätta på frivillig basis. Här blir jag bekymrad över studenternas brist på möjlighet till fortsatt handledning – den planerade verksamheten gick inte ens att genomföra! Läkarnas växlande klinikplaceringar, liksom studenternas kortvariga avdelningstjänstgöringar, gjorde det nära nog omöjligt att skapa trygghet genom kontinuitet. Undervisningssjukhusets prioritering innebar tydligen att handledningen av de blivande läkarna drogs ner.

Behov av vägledning

Strands artikel visar tydligt att dagens läkarstuderande uttrycker behov av vägledning, stöd och identifikation med goda och trygga förebilder (tutors); det borde inte vara tillåtet att lägga dessa behov åt sidan med hänvisning till prioriteringar, »produktionsbortfall», brist på organisatoriska förutsättningar etc.

Det finns heller ingen anledning att med hänvisning till kursstorlek undandra den blivande läkaren en beprövad och bra kurs i samtalskonst och tera-

peutisk hållning. Med en återkommande klinisk övning i patientsamtal, där lärarna är erfarna och tränade i pedagogiken, läggs en grund för att framtida patientmöten blir goda möten.

Mellanmänsklig kommunikation

Nyligen menade professor Bengt Arnetz i en intervju bl a att utbildningen måste hjälpa läkarstuderande att »sätta gränser gentemot patienterna» och att läkare–patientrelationen, som »hittills fokuserats kring psykologiska processer», inte längre hjälper i förståelsen av »spelet mellan läkare och patient» [7].

Med mångårig erfarenhet från klinik och undervisning på läkarlinjen tror jag att problem i patientmöten har med mellanmänsklig kommunikation att göra och bara kan förstås utifrån ett relationsperspektiv. En relation byggs upp bl a genom ett psykologiskt förhållningssätt. Dagens – och morgondagens – patient–läkarrelation består såväl av klassiska ingredienser som av en allians med förändrade krav på läkaren och patienten [8].

Det finns många exempel på hur deltagande i Balintgrupp kan öka förmågan att hantera knepiga situationer [9]. Ökad självkänedom innebär färre »blinda fält» och stärker tryggheten i yrkesrollen, en utveckling och förändring av det professionella jaget om man så vill.

Det är i mötet mellan patient och läkare som en relation kan skapas. Denna relation är fundamentet i läkekonssten.

Referenser

1. Wretmark G, Kagan N. Terapeutisk hållning, relationer, samtalskonst. Lund: Studentlitteratur, 1979.
2. Nydren G. Här skapas morgondagens läkare: Video som hjälp att finna yrkesidentiteten, samtalsträning för bättre patientrelationer [reportage]. Läkartidningen 1987; 84: 2553-9.
3. Birgegård G, Berne C, Boberg J. Videobaserad undervisning i samtalsmetodik och patientrelation vid medicinklinik. Läkartidningen 1984; 81: 1005-11.
4. Kaij L. Grupphandledning i praktisk medicinsk psykologi i grundutbildningen. Läkartidningen 1977; 74: 3803-7.
5. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2nd ed. London: Pitman Books Ltd, 1964.
6. Stureson NE. Erfarenheter från frivilliggrupper i Malmö. Bulletin från föreningen för medicinsk psykologi 1984; 18(2).
7. Wilhelmson B. Läkarstuderande fastnar i vårdens ekorrhjul [intervju]. Läkartidningen 1996; 93: 4508-10.
8. Balint J, Shelton W. A new model of the patient–physician relationship. JAMA 1996; 275: 887-91.
9. Balint E, Courtenay M, Elder A, Hull S, Julian P. The doctor, the patient and the group. Balint revisited. London, New York: Routledge, 1993.