

Utbildning av handledare fördjupar undervisningen i samtalsmetodik

Bättre effekt om lärarna fått samma utbildning som de studerande



MARIE WINGREN, distriktsläkare, vårdcentralen i Anderslöv
ANN-CHRISTIN HAFFLING, distriktsläkare, terminsansvarig
ANDERS BECKMAN, distriktsläkare, terminsassistent
ANDERS HÅKANSSON, professor, terminsansvarig
anders.hakansson@med.lu.se

samtliga vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Allmänmedicin, Lunds universitet, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Hur väl läkaren och patienten kommunicerar med varandra är avgörande för hur lyckad konsultationen blir [1]. Det är övertygande visat att läkaren genom sitt sätt att lyssna påverkar vad patienten säger. Det är också visat att god kommunikation mellan läkare och patient leder till bättre behandlingsresultat vid många vanliga sjukdomar. Dessutom ökar följsamheten till behandling om behandlingsplanen diskuteras fram gemensamt mellan läkare och patient [1, 2].

Patientcentrerat arbetssätt

I framför allt allmänmedicinska konsultationer har man länge betonat vikten av ett patientcentrerat arbetssätt [3]. Ett sådant omfattar fem centrala områden:

- att utforska patientens föreställningar, farhågor och förväntningar
- att använda helhetssyn på patientens problem
- att söka samförstånd
- att främja patientens framtida hälsa
- att förstärka relationen mellan patient och läkare [4, 5].

Man har visat att patienter som söker allmänläkare som arbetar patientcentrerat känner sig friskare, har mer realistiska förväntningar på vad läkaren kan åstadkomma vid vanliga hälsoproblem, besöker sin läkare mera sällan och har färre sjukdomssymtom [6]. Om inte läkaren arbetar patientcentrerat, blir patienterna däremot mindre nöjda, klarar sin sjukdom sämre, får svårare symtom och använder mera sjukvårdsresurser i framtiden [4, 6]. Längre konsultationer och hög kontinuitet i den enskilda patient-läkarrelationen har också visats ge patienterna ökad trygghet och bättre förmåga att kunna hantera hälsoproblem framöver [7].

»Studenter som utbildats genom feedback på sina inspelade patientintervjuer uppnår signifikant bättre resultat om de utbildats av läkare som genomgått samma utbildning ...«

Även om ett patientcentrerat arbetssätt är väl anpassat för just allmänmedicinen, där många patienter också söker för problem av psykosocial natur, har ändå viss kritik riktats mot arbetssättet. Patienternas tillfredsställelse med läkarbesöket ökar visserligen något om de får utveckla sina farhågor över symtomen, men tiden för läkarbesöket förlängs också något [8].

Dessutom sägs långvariga, kontinuerliga relationer med patienter kunna bidra till allmänläkarnas känslor av maktlöshet och otillräcklighet inför komplexa, kroniska hälsoproblem med starka psykosociala inslag [9]. Andra hävdar tvärtom att långvarig kontinuitet i patient-läkarrelationen är en förutsättning för att allmänläkaren skall kunna ge kroniskt, svårt sjuka patienter stöd i deras hantering av sjukdomen [10].

Utbildning i konsultationsmetodik

Erfarna allmänläkare kan framgångsrikt lära sig patientcentrerad samtalsmetodik genom videobaserad träning med feedback i grupp, och färdigheterna har inte bara visat sig kvarstå, utan också utvecklas och integreras ytterligare vid uppföljning [11]. Allmänläkare som är utbildade på detta sätt kan också undervisa studenter och yngre läkare med användning av samma videobaserade metod, vilken signifikant förbättrar deras undervisning [12].

Studenter under grundutbildning till läkare bör få utbildning i samtalsmetodik, och utbildningen skall vara upplevelsebaserad [13]. De läkare som fungerar som lärare bör utbildas på samma sätt. Studenter som utbildats genom feedback på sina inspelade patientintervjuer uppnår signifikant bättre resultat om de utbildats av läkare som genomgått samma utbildning, än om de tränats av läkare som endast försetts med instruktion och videobaserad information [13, 14]. Vidare skall utbildningen, för att ha långsiktig effekt, integreras med klinisk praktik och betona problemdefinierande färdigheter [13, 15, 16]. Allmänläkare tas väl emot av studenterna som lärare i kommunikationsfärdigheter [17].

I litteraturen finns ett flertal modeller för videobaserad utbildning i patientcentrerad samtalsmetodik beskrivna, t ex Pendletons (sju uppgifter) [18] och Gasks (problembaserad intervju) [11, 12].

Med utgångspunkt i tidigare forskning om patientcentrerat arbetssätt har två danska allmänläkare och en psykiater i början av 1990-talet utvecklat en didaktisk modell, som kronologiskt beskriver en idealkonsultation i nio delar. Benämningen på samtliga delar börjar på danska och svenska på bokstaven F [19]

SAMMANFATTAT

Läkarstuderande bör få upplevelsebaserad utbildning i samtalsmetodik, och deras handledare bör utbildas på samma sätt.

Utbildningen bör, för att få långsiktig effekt, integreras med klinisk praktik och betona problemdefinierande färdigheter.

Kurser i konsultationsmetodik anordnades för att dels utveckla läkarnas egna konsultationer, dels utveckla en feedbackmodell att använda i handledning av läkarstuderande.

Utvärdering genom postenkät visade att kursdeltagarna haft glädje av kursen, ur både klinisk och pedagogisk synvinkel.

(Fakta); på engelska har man i samma stegvisa modell benämningar som bildar ordet Practical [20]. Denna modell – »De nio F:en« – har fått stor spridning bland danska allmänläkare och på senare år även i Sverige.

Kurs i konsultationsprocessen

När kursen i allmänmedicin under termin 10 vid Lunds universitet höstterminen 1999 utvidgades avsevärt, både beträffande den allmänmedicinska praktiken och beträffande det kompletterande teoretiska avsnittet [21], ökade behovet av välutbildade handledare vid vårdcentralerna. Goda kunskaper i konsultationsprocessen krävdes för att bedöma och ge feedback på studenternas prestationer i patientmöten på vårdcentralerna.

Dessutom planerades för studenterna seminarier i konsultationsmetodik, baserade på videoinspelade patientmöten och med feedback i grupp. Till dessa seminarier behövdes kliniskt verksamma distriktsläkare som gruppleddare. Seminarierna var att se som en vidareutveckling av den träning i samtalsmetodik som studenterna tidigare fått under de prekliniska terminerna och under den första kliniska terminen.

Vi valde den danska modellen »De nio F:en« som grund för vår utbildning i patientcentrerad samtalsmetodik [19, 20]. Utbildning i denna modell ges sedan 1992 av de danska kollegorna i form av veckolånga kurser i internatform på den grekiska ön Kalymnos [22], och vi köpte helt enkelt in oss på den danska kursen. Den består av kortare teoretiska genomgångar i storgrupp, varvade med längre arbete med rollspel och video i smågrupper med handledare. Gruppmedlemmarna turas om att spela läkare respektive patient, och de videoinspelade konsultationerna utvärderas sedan enligt ett särskilt feedbackschema, baserat på Coles' »fönstermodell« [23] och Pendletons regler [18]. Arbetet är fördelat på ett tretimmars förmiddagspass och ett tretimmars kvällspass under sex av veckans dagar, och under den fria tiden finns goda möjligheter till kollegialt erfarenhetsutbyte under gemytliga former.

Eftersom målsättningen med kursen var tudelad – dels att utveckla en feedbackmodell att använda i handledning av läkarstuderande, dels att utveckla läkarnas egna konsultationer – bekostades kursen gemensamt av universitet och sjukvårdshuvudman.

Utvärdering med enkät

Den veckolånga kursen för främst distriktsläkare från vår region gavs första gången våren 1999 och därefter vid ytterligare tre tillfällen, hösten 2000, våren 2002 och hösten 2003. Antalet deltagande läkare var 122, varav 77 kvinnor och 45 män.

Våren 2004 skickade vi ut en enkät tillsammans med frankerat svarskuvert, och efter tre utskick hade vi fått svar från 90 procent av kursdeltagarna (71 kvinnor och 39 män). De svarandes medelålder var 51 år (spridning 31–67 år). Majoriteten var specialister i allmänmedicin (89 procent), medan övriga främst var invärtesmedicinare.

Främst positiva omdömen

Kursdeltagarna bedömde genomgående kursens arbetsformer mycket positivt, och det stora flertalet (73–98 procent) svarade »Ja, absolut« eller »Ja« på de elva inledande delfrågorna. En stor majoritet bedömde kursens mål som såväl relevanta (79–86 procent) som uppnådda (80–92 procent). Av Tabell I framgår att kursen haft stor betydelse för såväl det kliniska arbetet som den kliniska handledningen.

Knappt hälften av kursdeltagarna (40 procent) svarade att de ägnade mer tid åt handledning efter kursen än före, och en majoritet (85 procent) menade att den i kursen använda metoden var lämplig att använda vid handledning. Före kursen hade 11

FAKTA. De nio F:en

Patientens del

Före konsultationen (symtomens varaktighet, förlopp, självhjälp)
Förhållandet läkare–patient (hälsning, tillåtande, avgränsning, tid)
Föreställningar, farhågor, förväntningar

Läkarens del

Förståelse (resumé av patientens problem, dess betydelse, sjukdomsuppfattning)

Förklaring (anamnesfördjupning, klinisk undersökning, läkarens sjukdomsmodell)

Gemensam del

Förhandling (förhandling om lösningar, gemensam förståelse)
Förhindra/främja (insikt, avtal, handling)
Följa upp (kontroll, säkerhetsnät)
Färväl (hur mår doktorn; redo för nästa patient?)

procent varit engagerade som gruppleddare i konsultationsutbildningen av läkarstuderande på terminerna sex och tio, medan motsvarande siffra efter kursen var 31 procent.

En stor andel av kursdeltagarna tog sig tid att svara på de öppna frågorna på enkätens sista sida: 68 procent av deltagarna 1999 ökade till 89 procent 2003. Sammantaget gav 84 kursdel-

annons

TABELL I. Kursdeltagarnas bedömning av kursens betydelse för det kliniska vardagsarbetet respektive för den kliniska handledningen. De båda positiva svaren är sammanslagna, liksom de båda negativa. Siffrorna anger procent.

Enkätfrågor	Ja, absolut/ja	Varken ja eller nej	Nej/nej, absolut inte
Har kursen:			
varit till nytta för ditt kliniska arbete?	87	7	6
gjort dig tryggare i konsultationen?	73	19	8
underlättat hantering av »problempatienter«?	68	25	7
gett ökad medvetenhet om dina egna reaktioner?	73	22	5
gett dig överblick över konsultationens faser?	85	11	4
utvecklat dig som handledare?	84	15	1
ökat ditt intresse att handleda?	67	25	8

tagare (76 procent) 243 positiva kommentarer, medan 54 (49 procent) gav 99 negativa kommentarer.

Två citat sammanfattar på ett bra sätt kursdeltagarnas uppfattningar:

»Metoden, i kombination med miljön och gruppdynamiken, gjorde att kursdeltagarna sänkte sina egna försvar, så att teorin blev tillämpbar.«

»Jag hade ganska små förväntningar initialt, tyckte jag behärskade konsultationen, men jag växte, och allt blev tydligare.«

Utveckling genom utbildning

Vår enkätundersökning visar klart att satsningen på konsultationsutbildning för handledare inom läkarutbildningen upplevdes positivt av kursdeltagarna. Kursen gav en tillräcklig teoretisk bakgrund, arbetsformerna bedömdes som lämpliga, och kursmålen ansågs relevanta och uppnåddes väl. Dessutom engagerade sig en ökande andel kollegor i utbildningen av läkarstuderande efter genomgången kurs.

Att inte fler än knappt hälften kom att ägna mer tid åt handledning och att bara en tredjedel kom att engagera sig som gruppleddare för de läkarstuderandes konsultationsträning kan tyckas som ett misslyckande. Dock var nästan alla distriktsläkare i och runt Malmö och Lund redan före kursen engagerade i den personliga vardagshandledningen av läkarstuderande på vårdcentral, så där hade vi ingen anledning att förvänta oss någon större ökning. När det gäller engagemanget som gruppleddare har vårt behov också varit begränsat, eftersom vi varje termin har bara 12 studerandegrupper och eftersom flera gruppleddare valt att återkomma termin efter termin.

Internatformen och den täta gruppsammanhållningen var viktig och medförde att deltagarna kunde koncentrera sig på kursen och reflektera över arbetet som läkare, på både ett personligt och ett yrkesmässigt plan. Miljön och gruppdynamiken gjorde att deltagarna minskade sina egna försvar, vilket upplevdes som psykiskt påfrestande av en del. De problem som uppkom kunde till största delen hanteras inom gruppen, men i enskilda fall kom den danska kursledningens psykiatriska erfarenhet till användning.

Kursdeltagarna var väldigt likartade i sina svar, trots olika ålder och kön. Eftersom den stora majoriteten var allmänmedicinare gick det inte att studera eventuella skillnader beroende på specialitet. Trots de många frågorna var svarsfrekvensen hög, och flera av dem som inte svarade var inte längre verksamma som läkare. Den bild som framkom i de öppna frågorna på enkätens sista sida var i stort sett identisk med den som de strukturerade frågorna gav.

För flertalet frågor fanns fem svarsalternativ – två positiva, ett neutralt och två negativa – men i resultatredovisningen är de båda positiva, liksom de båda negativa, sammanslagna. Vi menar att presentationen då blir mera lättläst samtidigt som ingen väsentlig information förloras.

I litteraturen har vi inte hittat någon utvärdering baserad på deltagarnas upplevelser av liknande kurser med videobaserad gruppundervisning med feedback. I stället har man försökt jämföra deltagarnas prestationer före och efter utbildningen [11, 12, 24, 25], medan vår undersökning gjordes enbart retrospektivt. I dessa studier presenterades emellertid inte kursdel-

annons

tagarnas egna synpunkter på utbildningen, och antalet kursdeltagare var dessutom relativt lågt.

Det vore av värde att också kvalitativt studera våra kursdeltagares erfarenheter av utbildningen i konsultationsmetodik, exempelvis genom intervjuer i fokusgrupper eller genom individuella djupintervjuer. Så har vi redan gjort för att utvärdera de läkarstuderandes uppfattning om sin nya utbildning i konsultationsmetodik. Där kombinerade vi en kursvärderande enkät med fokusgruppsintervjuer [26].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

- Gask L, Usherwood T. The consultation. *BMJ*. 2002;324:1567-9.
- Little P, Everitt H, Williamsom I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323:908-11.
- Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19:8-13.
- Huygen F, Mokkink H, Smits A, van Son J, Meyboom W, van Eyk J. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract*. 1992;42:141-4.
- Howie J, Heany D, Maxwell M, Walker J, Freeman G, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ*. 1999;319:738-43.
- McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract*. 2004;54:663-6.
- Bowman FM, Goldberg DP, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ*. 1992;26:63-8.
- Gask L, Goldberg D, Boardman J, Craig T, Goddard C, Jones O, et al. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group teaching. *Med Educ*. 1991;25:444-51.
- 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.
- Naji SA, Maguire GP, Fairbairn SA, Goldberg DP, Faragher EB. Training clinical teachers in psychiatry to teach interviewing skills to medical students. *Med Educ*. 1986;20:140-7.
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Acad Med*. 2003;78:802-9.
- Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills need to be learnt side by side. *BMJ*. 2005;330:374-5.
- Lynch DJ, Taburrino MB, Nagel R. Teaching interviewing skills: the effect of instructors' academic department. *Med Teach*. 1992;14:59-63.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press; 1984.
- Larsen JH, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. 1994;72:319-30.
- Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: A step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract*. 1997;14:295-301.
- Haffling AC, Beckman A, Håkansson A. Läkarutbildningen i Lund aktiverar både studenter och lärare. Ökad tonvikt på allmänmedicinen. *Läkartidningen*. 2003;100:604-9.
- Larsen JH, Nystrup J, Risør O. »Konsultationslaboratoriet« - träning i klinisk samtale. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999;119:52-5.
- Coles C. Self assessment and medical audit: an educational approach. *BMJ*. 1989;299:807-8.
- Löfdahl T, Nilsson E, Haffling AC, Håkansson A. Undervisning i konsultationsmetodik behövs i läkarutbildningen. Utvärdering med studentenkät och fokusgruppsintervjuer. *Läkartidningen*. 2005;102:1239-44.