

Lege-pasient-kommunikasjon i herskapelige omgivelser



Siden David Pendleton og medarbeidere utgav boken *The consultation – an approach to learning and teaching* i 1984 (1), har konsultasjonsanalyse og kommunikasjonsundervisning vært preget av deres tenkning. Mer enn 1500 norske allmennleger har prøvd metoden gjennom Legeforeningens video *Konsultasjonen i fokus* (2). Undertegnede har i samarbeid med Bjørn Oscar Hof-tvedt fra Pedagogisk avdeling i Legeforeningen arrangert mer enn 20 kurs i lege-pasient-kommunikasjon siden slutten av 1980-årene.

I vårt arbeid med allmennpraktikere opplevde vi etter hvert at tiden var løpt fra Pendleton-modellen. Da Draper, Kurtz & Silverman i 1998 utgav bøkene *Teaching and learning communication skills in medicine* (3) og *Skills for communicating with patients* (4) fant vi her ideer som vi forsøkte å ta i bruk. Julie Draper og Jonathan Silverman arbeider ved universitetet i Cambridge, og har sammen med Suzanne Kurtz ved Universitetet i Calgary i Canada utformet den såkalte «Calgary-Cambridge consultation skills guide». Denne omfatter en rekke eksempler på praktiske kommunikative ferdigheter. Silverman var i Norge i mai 2000 i forbindelse med et tredagers kurs i lege-pasient-kommunikasjon som ble holdt på Landego fyr. Inntrykkene herfra var så positive at Silverman ble invitert til å holde en sesjon under den årlige samlingen for veiledere på Sola i april 2001. Det var derfor med stor glede at undertegnede mottok en invitasjon fra Draper og Silverman til å være til stede under deres årlige kurs om lege-pasient-kommunikasjon på Maddingley Hall i Cambridge i juni 2001.

Madingley Hall

Kurset «Communication skills teaching for course organisers and undergraduate teachers» finner sted på Madingley Hall en gang i året og samler leger fra Wales, England og Skottland. Antall kursdeltakere er begrenset til 16, og det meste av arbeidet skjer i to grupper på åtte deltakere i hver og med Draper og Silverman som gruppeledere.

Madingley Hall ligger like utenfor Cambridge og er en praktfull gammel herregård bygd på 1500-tallet i stein, innredet i mørkt

tre og svært godt vedlikeholdt. Rundt hovedhuset ligger nye tilbygg med moderne hotellinnredning hvor kursdeltakerne er innkvartert. Bygningene er omgitt av en storslagen park med høye trær, en rikholdig rosehage og store arealer med berømt engelsk gressplen. Madingley Hall eies og drives i dag av universitetet i Cambridge.

Kurset varte i fire dager med hektisk program fra kl 9 om morgenen til kl 18 om ettermiddagen etterfulgt av felles middag om kvelden.



Madingley Hall. Foto privat

Første dag bestemmer vi – resten kan dere bestemme!

Draper og Silverman åpnet med å legge kortene på bordet for deltakerne: «Vi har planlagt denne første dagen i detalj, og kommer til å følge dette programmet i dag. Men fra og med i morgen tidlig vil vi la deltakerne selv avgjøre hva vi skal bruke resten av tiden til – forutsatt selvfølgelig at ønskene gjelder lege-pasient-kommunikasjon!»

Kurslederne pekte på at for å bli en god doktor trengs det:

- Kunnskaper
- Ferdigheter i kommunikasjon
- Ferdigheter i undersøkelsesmetode og behandling
- Evne til problemløsning.

Det å forbedre sine ferdigheter i kommunikasjon forutsetter at legen:

- Lar seg observere mens han/hun gjennomfører sine konsultasjoner
- Får konstruktiv tilbakemelding fra andre kolleger på hva som skjer i konsultasjonen
- Får anledning til å trene seg på nye ferdigheter i kommunikasjon.

ALOPA

Resten av kurset gikk med til arbeid med deltakernes egne videoopptak i gruppene. Deltakerne hadde på forhånd fått anmodning om å ta med videoopptak av konsultasjoner som de syntes de trengte hjelp til eller som de var lite fornøyd med. Gruppen fulgte deretter fremgangsmåten som kurslederne har døpt ALOBA – som er en forkorting for «Agenda-led outcome-based analysis». Oversatt til norsk kan dette beskrives som analyse med fokus på hva legen og pasienten ønsker å oppnå i konsultasjonen.

Først ser gruppen en av legenes videoopptak av en konsultasjon. Deretter velger legen som har vist videoen hva han/hun ønsker at gruppen skal konsentrere seg om, og gruppen gir så konstruktiv tilbakemelding på dette. Endelig får deltakerne anledning til å trene på andre måter å gjennomføre konsultasjonen på. Dette skjer ved at den legen som kommer med et forslag om andre måter å gjøre ting på i konsultasjonen, blir bedt om konkretisere hva legen faktisk ville gjort – og deretter trene dette i et rollespill i gruppen hvor en av deltakerne spiller pasient.

Simulerte pasienter

På to av dagene deltok to profesjonelle skuespillere som hadde fått spesiell trening i å spille pasienter. Universitetet i Cambridge benytter seg av en rekke slike simulerte pasienter i sin undervisning og har brukt mye tid og anstrengelser på å trene dem til å kunne presentere forskjellige pasienthistorier på en mest mulig autentisk måte. På kurset spilte skuespillerne henholdsvis en truende psykotisk pasient, en dypt deprimert pasient og en pasient med bekymring for å bli lam. Dessuten brukte den ene gruppen en av skuespillerne til å trene seg på hvordan man møter en pasient som hele tiden bryter ut i gråt under konsultasjonen.

Kursledernes begrunnelse for å bruke skuespillere er at de blir nesten like autentiske som virkelige pasienter, men at de tåler å bli brukt gjentatte ganger i samme situasjon: Den ene skuespilleren presterte å bryte ut i autentisk gråt gjentatte ganger mens kursdeltakerne trente seg på forskjellige måter å møte henne på.

Fra «det rette» til «noe annet»

De som er fortrolig med Pendleton-metoden vil vite at den setter søkelyset på syv oppgaver som legen skal vurderes i forhold til. Dette fører lett til at analysen konsentrerer seg om målestokken godt – dårlig, eller vellykket – mislykket, og oppfattes ofte av legen som viser videoen som en bedømmelse. ALOBA-metoden legger i stedet vekt på at videoen er et råmateriale for gruppen som de kan bruke til å observere og trene seg i kommunikasjon på. Det er i utgangspunktet legen selv som bestemmer hva det er han/hun ønsker gruppens hjelp til å forbedre i nettopp denne konsultasjonen. Gruppemedlemmene får dermed en rolle som hjelpere og konsulenter i stedet for dommere – en rolle som har mye til felles med legens rolle overfor pasienten i det virkelige liv. En av deltakerne formulerte dette slik: «Spørsmålet er ikke hva som er *det rette* å gjøre i denne konsultasjonen. Spørsmålet er hva vi kan gjøre dersom vi ønsker å oppnå *noe annet!*»

Nyttig for norske forhold

Ved universitetet i Cambridge brukes ALOBA-modellen i studentundervisning både i allmenmedisin og i de kliniske spesialitetene, og modellen brukes også i økende grad i videre- og etterutdanning av leger. Selv om den norske spesialitetskomiteen i allmenmedisin fortsatt insisterer på at kommunikasjon ikke skal være noe obligatorisk emne i spesialistundervisningen, viser veilederne og koordinatorenes interesse for temaet at det er blitt en viktig del av videre- og etterutdanningen i Norge. Undertegnede tror prinsippene fra Calgary-Cambridge-modellen lett kan brukes i norsk sammenheng både i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningen innenfor alle kliniske spesialiteter.

Tor Anvik

toranvik@online.no

ISM

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Calgary-Cambridge-modellen og prinsippene for ALOBA er med forfatterens tillatelse oversatt til norsk. Den norske oversettelsen kan bestilles gratis ved å sende en e-post til *toranvik@online.no*.

Jeg takker Legeforeningens utdanningsfond 1 for økonomisk bidrag til reisen til Cambridge.

Litteratur

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation – an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
2. Konsultasjonen i fokus. Video. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.
4. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

○

AnnONSE