

Gruppe 3: Pedagogikk og kommunikasjon (dekker kommunikasjon, pasient- og pårørendeopplæring, brukermedvirkning og samhandling)

Innhold

1. Læringsmål, delmål, læringsaktiviteter og kompetansevurdering	3
Kommunikasjon.....	3
Pasient og brukermedvirkning.....	5
Samhandling.....	6
Pasient- og pårørendeopplæring.....	8
2. Begrunnelser og litteraturhenvisninger for alle læringsmål:	10
Kommunikasjon:.....	10
Pasient- og brukermedvirkning	13
Samhandling.....	15
Pasient- og pårørendeopplæring.....	17
3. Begrunnelse for læringsaktivitetene generelt.....	22
4. Begrunnelse for læringsaktiviteten «Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk» (Ferdighetskurset PedKom) for LIS 1.....	25
Læringsaktiviteter før og etter gjennomføring av Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk.....	26
Bruk av elæring knyttet til Ferdighetskurset.....	26
5. Begrunnelse for web-basert feedback system	28
Aktuelle skjema.....	28
6. Metoderapport	29
Vedlegg.....	31
A. Eksempel på innhold i et todagers Ferdighetskurs i kommunikasjon og pedagogikk (Ferdighetskurset PedKom)	31
B. Eksempel på modell for veiledning. ALOBA-modellen (engelsk)	33
Prinsippene I ALOBA (agenda-led outcome-based analysis)	33
Eksempel på bruk av ALOBA.....	34
C. Eksempel på kommunikasjonsmodell - «De fire gode vaner».....	38
D. Eksempel på kommunikasjonsmodell - «Calgary Cambridge».....	40
E. Eksempel på læringsaktiviteter for LIS2/3 og veiledning individuelt og/eller gruppe	41
F. Eksempel på spørreskjema til bruk i et web-basert feedbacksystem.....	43
G. Beskrivelse av typiske læringsarenaer for PedKom ferdigheter	47

H. Samlet oversikt over Læringsmål som omhandler å lære gjennom samspill med andre48

1. Læringsmål, delmål, læringsaktiviteter og kompetansevurdering

Kommunikasjon

Tema: KOMMUNIKASJON	Del (1-3)	Type komp- /Nivå (1-4)
Læringsmål : En spesialist kan anvende et bredt utvalg av kommunikasjonsferdigheter for å etablere en god arbeidsrelasjon med pasienter, pårørende og kolleger, oppnå medisinsk problemforståelse og formidle kunnskap og erfaring relevant for den enkelte, helsetjenesten og samfunnet for øvrig.	1-3	Ferdighet 4
Læringsaktiviteter (for hovedmål og alle delmål): Gjennomført Ferdighetskurset PedKom inkludert forberedelse og etterarbeid (se notat om kurset) E-læringskurs Refleksjonsnotat Gi tilbakemelding på andres konsultasjoner Spesifikke tema i gruppeveiledning Veiledning og supervisjon som del av ordinær klinisk tjeneste Sum av øvrige læringsaktiviteter For LIS 2/3: - Deltagelse med egne presentasjoner i internundervisning samt eventuelt overfor pasienter, pårørende, andre samarbeidspartnere. - Deltagelse i veilederopplæring (se rapport fra gruppe 4).		
Kompetansevurdering (for hovedmål og alle delmål): Samlet vurdering av veileder basert på observasjon av LIS. Kursprøver på e-læring og kurs. Web-basert feedbacksystem med evaluering (se eget notat): - For delmål 2,7, og 10 i resultat fra enkeltspørsmål eller hele spørreskjemaet Communication Assessment tool (CAT) - For delmål 3 resultat fra enkeltspørsmål eller hele spørreskjemaet Professional Assessment Tool (PAT). - Begge skjema fylles ut av hhv 10 pasienter (CAT) og 10 kollegaer fra ulike profesjoner (PAT) hver 3 måned over 1 år. Minst 50% av respondenten skal skåre på høyeste nivå på siste utfylling for godkjenning. - Se vedlegg for ytterligere informasjon om CAT og PAT.		
Delmål 1: KUNNSKAP OM KOMMUNIKASJON En spesialist har kunnskap om betydningen av god kommunikasjon og kjennskap til grunnleggende kommunikasjonsteori	1	Kunnskap 3
Delmål 2: DIAGNOSTIKK En spesialist kan bruke kommunikasjon effektivt for å innhente og forstå pasientens perspektiver som grunnlag for presis diagnostikk.	1	Ferdighet 3

Delmål 3: KOMMUNISERE VIA ANDRE En spesialist kan kommunisere med andre slik at det styrker deres muligheter til å formidle relevant informasjon til en tredjeperson (pasient, annet helsepersonell osv.)	1	Ferdighet 3
Delmål 4: Å MOTTA VEILEDNING En spesialist kan reflektere over å være i rollen som mottaker av veiledning.	1	
Delmål 5: VEILEDE I PASIENTSENTRERT KONSULTASJON En spesialist kan veilede andre i gjennomføring av en pasientsentrert kommunikasjon og gi tilpasset tilbakemelding på andres kommunikasjonsferdigheter.	1	Ferdighet 4
Delmål 6: EGEN UTVIKLING En spesialist kjenner styrker og svakheter i egne kommunikasjonsferdigheter og vet hvordan man kan få tilbakemeldinger og oppdatere sine ferdigheter	1	Holdning 4
Delmål 7: BEHANDLING En spesialist kan bruke kommunikasjonsferdigheter som verktøy i behandlingen (terapeutisk).	2/3	Ferdighet 3
Delmål 8: USIKKERHET En spesialist kan kommunisere om sin egen og pasientens usikkerhet på måter som skaper trygghet og forståelse.	2/3	Ferdighet 3
Delmål 9: FERDIGHETER I SUPERVISJON OG VEILEDNING En spesialist har gode ferdigheter i supervisjon og veiledning på individnivå	2/3	Ferdighet
Delmål 10: INFORMASJONSFORMIDLING En spesialist kan beherske alle trinn i å hjelpe mottakere til å forstå informasjon ved å bruke kommunikasjonsferdigheter for: <ul style="list-style-type: none"> a) å utforske mottakerens utgangspunkt b) å skape trygghet c) å prioritere hva som må formidles d) å porsjonere etter mottakerens forutsetninger e) å fange opp og håndtere følelsesmessige reaksjoner f) å sjekke hvordan informasjonen er forstått. 	2/3	Ferdighet 3
Delmål 11: KOMMUNISERE OM EGET FAG En spesialist kan kommunisere om eget fag på en måte som er tilpasset mottakere som kollegaer, samarbeidspartnere, pasienter og media.	2/3	Ferdighet 3

Pasient og brukermedvirkning

Tema: PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING	Del (1-3)	Type kompetanse/nivå (kunnsk, ferd, hold/1-4)
Læringsmål 1: En spesialist kan involvere pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og framtidige brukere som aktive partnere på det nivå partnerne selv ønsker i et likeverdig samarbeid for å ivareta brukermedvirkning på individ- og systemnivå	1-3	Ferdighet 3
Læringsaktiviteter (for hovedmål og alle delmål): Gjennomført Ferdighetskurset PedKom inkludert forberedelse og etterarbeid (se notat om kurset) E-læringskurs i kommunikasjon og pedagogiske tema Veiledning og supervisjon som del av ordinær klinisk tjeneste For delmål 3, se også beskrivelse hos gruppe 2 om samvalg.		
Kompetansevurdering (for hovedmål og alle delmål): Kursprøver på e-læring og kurs. Samlet vurdering av veileder Web-basert feedbacksystem med evaluering (se eget notat): - For delmål 1: Minst 50% av pasientene skal gi høyeste skår på spørsmålet Communication Assessment Tool (CAT) om at de oppfatter seg verdsatt og respektert på siste utfylling.		
Delmål 1: En spesialist kan anerkjenne og anvende pasienters erfaringskompetanse på en slik måte at pasienten selv oppfatter seg verdsatt og respektert	1	Ferdighet 3
Delmål 2: En spesialist kan diskutere metoder for brukermedvirkning på systemnivå som gir bruker(representanter) reell mulighet til å påvirke beslutninger	2	Kunnskap 3
Delmål 3: En spesialist kan gjennomføre en beslutningsprosess som involverer pasienten som aktiv deltager i et likeverdig samarbeid hvor ansvar for endelig beslutning eller prioritering er i samsvar med det pasienten selv ønsker (samvalg – shared decision making)	3	Ferdighet 3
Delmål 4: En spesialist har en holdning om at brukermedvirkning på individ- og systemnivå er en verdi i seg selv fordi det innebærer en demokratisering av helsetjenesten ved at de som tjenesten er rettet mot får medvirke og at deres erfaringskompetanse brukes.	3	Holdning 3

Samhandling

Tema: SAMHANDLING	Del (1-3)	Type komp- /Nivå (1-4)
Læringsmål: En spesialist har kunnskap om og er en aktiv deltager i samhandling hvor flere ulike aktører leverer helhetlige helse- og omsorgstjenester basert på samarbeid mellom pasienter, pårørende, fagpersoner og institusjoner i alle deler av samfunnet.	1-3	Ferdighet
Læringsaktiviteter (for hovedmål og alle delmål): Ferdighetskurset PedKom inkludert forberedelse og etterarbeid For delmål 3 gjennomført det såkalte «Fylkeslegekurset» e.l. For delmål 3 studere definerte pasientforløp (gjerne sammen med brukerrepresentant) inkludert med hensyn til om pasientinformasjon og opplæring er tilfredsstillende ivarettatt Veiledning og supervisjon som del av ordinær klinisk tjeneste e-læring om samhandling Sum av øvrige læringsaktiviteter og praktisk erfaring som LIS		
Kompetansevurdering (for hovedmål og alle delmål): Samlet vurdering av veileder, kursprøver på e-læring. Web-basert feedbacksystem med evaluering (se eget notat): Delmål 1 og 2; Minst 50% av kollegaer fra ulike profesjoner skal gi høyeste skår på Professional Assessment Tool (PAT) på siste utfylling.		
Delmål 1: En spesialist kan samhandle i tverrfaglige team og benytte samarbeidet til å lære av de andre medlemmenes kompetanse.	1	Ferdighet 3
Delmål 2: En spesialist kan samhandle i tverrfaglige team slik at det blir et likeverdig samarbeid hvor hele teamets kompetanse brukes optimalt.	1	Ferdighet 3
Delmål 3: En spesialist har kjennskap til prinsipper for å lage standardiserte forløp for pasienter med kortvarige tilstander og for pasienter med komplekse langvarige lidelser.	2	Kunnskap 3
Delmål 4: En spesialist kan beskrive sammenhengen mellom egen arbeidsplass, andre deler av helse- og omsorgstjenesten og samfunnet forøvrig og diskutere hvilke roller ulike andre aktører kan ha for pasientgrupper spesialistens arbeid omfatter.	2	Kunnskap 3
Delmål 5: En spesialist har kjennskap til og kan gi anbefalinger om tiltak for å fremme samhandling som gagnar den enkelte pasient og tjenesten som helhet.	3	Ferdighet 3
Delmål 6: En spesialist uttrykker i sitt arbeid en holdning om at samhandling i og utenfor helsetjenesten er en verdi i seg selv fordi det innebærer at samfunnets samlede ressurser utnyttes best mulig.	3	Holdning 3

Pasient- og pårørendeopplæring

Tema: PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING	Del 1-3	Type komp- /Nivå (1-4)
Læringsmål En spesialist har innsikt i hva pasientopplæring betyr for behandlingskvalitet, kan identifisere læringsbehov og bidra til utvikling av pasientkompetanse i samhandling med andre relevante profesjonsgrupper.	1	Kunnskap 3 Ferdighet 3
Læringsaktivitet (for hovedmål og alle delmål): Ferdighetskurset PedKom inkludert forberedelse og etterarbeid (se notat om kurset) i Refleksjonsoppgaver, der tema kan være vurdering av egne ferdigheter med å identifisere og følge opp pasienters og pårørendes behov for informasjon og opplæring i forbindelse med konsultasjon/visittgang E-læringskurs i helsepedagogikk Rollespill om informasjon og veiledning for eksempel ved risikofyllt helseadferd. Planlegge og gjennomføre egen pasient- og/eller pårørendeopplæring Gi tilbakemelding/supervisjon på andres pasient- og pårørendeopplæring.		
Kompetansevurdering (for hovedmål og alle delmål): Kursprøver på e-læring og kurs. Samlet vurdering av veileder		
Delmål 1: En spesialist kan identifisere og konkretisere individuelle behov for opplæring og legge til rette for læring og mestring.	1	Kunnskap 2 Ferdighet 2
Delmål 2: En spesialist har kunnskap om metoder og pedagogiske prinsipper for å planlegge, gjennomføre og evaluere opplæring.	1	Kunnskap 3
Delmål 3: En spesialist kan anvende metoder og pedagogiske prinsipper for å planlegge, gjennomføre og evaluere opplæring.	2/3	Ferdighet 3

2. Begrunnelser og litteraturhenvisninger for alle læringsmål:

Kommunikasjon:

Det finnes mange læringsmål om kommunikasjon i ulike dokument og det er en omfattende litteratur på feltet både nasjonalt og internasjonalt. Utfordringen med å lage læringsmål i kommunikasjon, er at det er vanskelig å avgrense hva som skal inkluderes og det at kommunikasjon er innvevet i mange andre kompetanseområder. Ett konkret eksempel er i spennet mellom den direkte pasientkommunikasjon (i konsultasjonen) eller det å kunne kommunisere via media. En annen utfordring er at undervisning i pasientsentrert kommunikasjon (sikre at pasientens perspektiv kommer fram og pasienten er aktivt med i beslutningsprosessen) vektlegges i norsk medisinstudium, mens ved noen utenlandske universiteter vektas dette mindre. Samtidig er det erfaringsmessig stor individuell variasjon i kommunikasjonskompetanse uavhengig av utdanningssted. Det eksisterer flere ulike kommunikasjonsmodeller, for eksempel Fire gode vaner og Calgary Cambridge (finnes i vedlegg i denne rapporten). Selv om disse omhandler mange av de samme evidensbaserte elementene, illustrerer de at det finnes ulike preferanser på feltet.

I CanMED beskrives en rolle som «Communicator»: “As *Communicators*, physicians effectively facilitate the doctor-patient relationship and the dynamic exchanges that occur before, during, and after the medical encounter.” Her og i mange modeller er det vektlagt den individuelle kommunikasjonen med pasienter. Det er så klart en stor og avgjørende del, men likevel ikke den eneste.

Utformingen av læringsmålene har som utgangspunkt at de skal dekke flere sider av kommunikasjon i møte med pasienten (individuell), det å kommunisere via andre (hvor man ikke har kontroll på hva den som formidler ens budskap faktisk gjør) og å kommunisere eget fag til ulike grupper.

Kommunikasjon som klinisk ferdighet

Kommunikasjon er legens kanskje viktigste kliniske verktøy, fortrinnsvis i møtet med pasienter og pårørende, men også i dialog med kollegaer og ut mot media og samfunnet. Kommunikasjon kan kategoriseres i noen hovedferdigheter:

1. Innsamling av informasjon (tradisjonelt kjent som anamnese)
2. Formidling av informasjon
3. Veiledning

Ferdighetene er helt avgjørende for å oppnå felles forståelse, i den ene enden om pasienten symptomer, livssituasjon, bekymringer og forventninger – i den andre enden om den medisinske fortolkningen av dette og nødvendig informasjon om behandling og oppfølging skreddersydd pasientens behov. I veiledningssituasjonen er målet typisk at legen skal bidra til at den andre selv reflekterer, øker sin bevissthet og evt tar beslutninger.

For å komme i posisjon til god informasjonsutveksling i lege-pasientmøter, trenger legen kommunikasjonsferdigheter som legger til rette for dette. Eksempelvis kan det være sterke følelser i sving (som sinne, redsel og sorg) når en lege-pasientkonsultasjon starter. Å kunne oppfatte disse følelsene og være i stand til å respondere empatisk, enten verbalt eller non-verbalt, kan være helt avgjørende for kvaliteten på den videre dialogen.

Som andre ferdigheter kan kommunikasjon læres, og de læringsaktivitetene som er best dokumentert i litteraturen er trening, observasjon av andre og tilbakemelding på egen kommunikasjon. De som er gode kommunikatører blir også bedre av målrettet opplæring. Kunnskapen en tilegner seg som student utfordres ved overgang til spesialiseringsstilling og kommunikasjon i ordinære rammer for pasientarbeid og andre situasjoner. Derfor er det avgjørende med omfattende opplæring og tett oppfølging i starten på LIS perioden.

Begrunnelse overordnet læringsmål

Utformingen av læringsmålet har som utgangspunkt at det skal dekke flere sider av kommunikasjon i møte med pasienten (individuell), men også det å kommunisere via andre (hvor man ikke har kontroll på hva den som formidler ens budskap faktisk gjør) og å kommunisere eget fag til ulike grupper

Begrunnelse delmål 1

Kunnskap er grunnlaget for gode ferdigheter, og på et så sentralt felt som kommunikasjon må det forutsettes at aktivitetene bygger på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Samtidig må kunnskapen knyttes til det daglige arbeidet for å være nyttig.

Begrunnelse delmål 2

Det er gjennom dialogen med pasienten og eventuelt pårørende og andre at LISen kan optimalisere informasjonsinnsamling for å øke presisjon på diagnostikk og kartlegging av pasientens livs- og helsesituasjon. Et godt anamneseopptak fordrer derfor en god arbeidsallianse med pasienten og/eller pårørende, og er fundamentet for at helsehjelp kan ytes.

Begrunnelse delmål 3

LISen har tidlig i sitt arbeid behov for å formidle beskjeder skriftlig og muntlig på en klar og tydelig måte, både direkte og via andre som for eksempel når legen skal gi beskjed om gjennomføring av en bestemt prosedyre. Dette inkluderer å kunne dokumentere og dele skriftlig og elektronisk informasjon fra medisinske konsultasjoner og øvrig arbeid for å optimalisere klinisk beslutningstaking og pasientsikkerhet, og samtidig ivareta av konfidensialitet og taushetsplikt.

Begrunnelse delmål 4 og 9:

Å motta og gi veiledning i ulike former er en svært effektiv måte å lære på, såfremt man forstår hva det vil si å være deltager i de forskjellige rollene. Mesterlære er en versjon av dette som lenge har vært del av arvesølvet i legers utdanning. Læring gjennom smågruppeaktivitet med fokus på problemløsning (Problem ogkasuistikk basert læring, PBL og KBL) samt teamtrening og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) de senere årtier blitt del av den pedagogiske pakken for legers grunn- og videreutdanning.

Læringsmålene om veiledning er svært sentrale fordi det handler om egenlæring. Et grunnleggende vilkår for å oppnå effektiv læring er at den lærende må oppleve seg som et legitimt medlem av det som foregår. For å oppnå det må forholdene legges til rette. Det må være aksept for og ønske om å involvere den lærende og både ta denne på alvor og gi ansvar. Er dette vilkåret på plass, er det mulig å ta ut potensialet i å lære gjennom samspill. Men den lærende må reflektere over egen praksis og opplevelsene i samspillet. Dette kan styrkes gjennom veiledning med lyttende, spørrende nærvær og gjennom konkrete oppgaver og tilrettelegging av arbeidssituasjoner.

Det vises også til rapport fra arbeidsgruppe 4 om veiledning.

Begrunnelse delmål 5

Utgangspunktet for læringsmålet er at studentene fra universitetet har med seg grunnleggende kompetanse, men mangler noe trening i pasientsentrert kommunikasjon. Så er det to forhold som er vektlagt;

1. LIS må forberedes rollen som fremtidig veileder/supervisor (jfr læringsmål 4 og 9)
2. Man lærer mest gjennom å veilede og undervise andre.

Det vises også til begrunnelsen for ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk.

For å ta høyde for dette må LISene etter del 1 ha kompetanser som gjør at de kan observere og gi tilbakemelding på om en konsultasjon er pasientsentrert.

Begrunnelse delmål 6

På kommunikasjonsområdet må LIS jobbe systematisk med å bedre egne ferdigheter. Det er godt dokumentert at klinisk erfaring alene ikke gir gode kommunikasjonsferdigheter. Derfor må det forventes at LIS jevnlig trener og får tilbakemelding på egne kommunikasjonsferdigheter.

Begrunnelse delmål 7

Med medisinsk behandling forbindes tradisjonelt sett legemidler, kirurgi og andre intervensjoner. Med dette læringsmålet skal LIS bevisstgjøres og sikres kompetanse i at bruk av konkrete kommunikasjonsferdigheter (som å respondere empatisk eller å være i stand til å tilby skreddersydd informasjon) potensielt kan ha stor terapeutisk effekt.

Begrunnelse delmål 8

I sin kliniske praksis må legen ikke bare forholde seg til sin egen usikkerhet, men også medisinenes iboende usikkerhet. Pasienter kommer i stor grad i kontakt med helsevesenet på grunn av usikkerhet om hva som er årsaken til plager og symptomer.

Begrunnelse delmål 10

Spesialisten må ha et repertoar av metoder for å kunne kommunisere på en måte som er tilpasset svært ulike situasjoner. Det er spesialistens ansvar å kommunisere på en måte som skaper en så trygg ramme som mulig for kommunikasjonen, og som gjør at pasient/pårørende/andre forstår hva som kommuniseres.

Begrunnelse delmål 11

Det å være spesialist betyr å være bærer av den fremste kunnskapen innen et fagområde og kunne kommunisere om eget fag til andre i ulike settinger. Dette fordrer at man behersker kombinasjonen av fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Det er i kommunikasjonen av eget fag at man framstår i sin virkelige rolle som spesialist.

Faglig bakgrunn og kilder

- Norsk lovgivning: Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 og 2012, individuelle rettigheter), Lov om helseforetak (2001 og 2012, brukerutvalg), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011)
- Edvind Schei (2014). Lytt - Legerolle og kommunikasjon. Fagbokforlaget, Oslo. ISBN 978-82-450-0928-6
- Pål Gulbrandsen, Arnstein Finset (2014). Skreddersydde samtaler - En veileder i medisinsk kommunikasjon. Gyldendal norsk forlag, Oslo. ISBN/EAN: 9788205449909
- Silverman J, Kurtz S, Draper J: Skills for Communicating with patients, 3rd edition. Radcliffe Medical Press. OXON, UK. 2013

- Richard M. Frankel and Terry Stein (1999). Getting the Most out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model. The Permanente Journal / Fall 1999 / Volume 3 No. 3
- Stewart M et al (1995) Patient Centred Medicine Sage Publications
- Makoul G. (2001) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills Patient Educ Couns. 45(1):23-34.
- Makoul G. (2001) Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement Academic Medicine: 76 - Issue 4 - p 390-393
- Schei, E., Bærheim, A., & Meland, E. (2000, August 20). Klinisk kommunikasjon - et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskrift for den norske legeforening, ss. 2258-2262.

Pasient- og brukervedvirkning

Bortsett fra en generell vektlegging av at det er viktig å være pasientsentrert, finnes ikke brukervedvirkning som eksplisitt tema verken i nasjonale læringsmål for medisinstudenter eller i internasjonale retningslinjer. Forslagene tar derfor utgangspunkt i eksisterende forskning og praksis på området.

Læringsmålene har som utgangspunkt at det er en klar målsetting å øke brukervedvirkning i helsetjenesten, både på individ og systemnivå. Dette er også nedfelt i lovverket. Personer som søker hjelp til håndtering av helseproblemer bør ha mulighet til å medvirke både i håndtering av problemene og i utforming av tjenestene. Det samme gjelder deres pårørende og fremtidige brukere. Spesialister er de ledende fagpersonene og er av den grunn viktige rollemodeller for hvordan brukervedvirkning skal utøves i praksis. Spesialisten må være i stand til å demonstrere at brukere og brukerrepresentanter skal være aktive og likeverdige deltagere. Spesialisten må også ha forståelse for at ulike makt- og motsetningsforhold kan oppstå og at brukervedvirkning innebærer å gi brukerne makt, noen ganger på bekostning av den makt spesialisten tradisjonelt har hatt.

Det er en utfordring å velge mellom begrep som brukervedvirkning, involvering, pasient, pårørende, bruker og brukerrepresentant i læringsmålene for å dekke både tidligere, nåværende og framtidige brukere og at brukervedvirkningen skjer på system og individnivå. I den videre beskrivelsen vil følgende begreper benyttes:

- For **individuell brukervedvirkning** benyttes begrepet «**pasient**» fordi det er den vanligste brukte termen for et menneske med et helseproblem som er i kontakt med helsetjenesten. Det er i denne sammenhengen legespesialisten møter mennesket og det er i dette møtet at spesialisten trenger kompetanse i å involvere pasienten slik at reel brukervedvirkning oppnås.
- På **systemnivå** velger vi å bruke «**bruker(representant)**» for å skille fra et en-til-en forhold mellom spesialist og pasient. Samtidig omhandler noen av læringsmålene brukervedvirkning på både system og individnivå, og da benyttes begrepet «bruker».

Begrunnelse overordnet læringsmål

Det overordnede målet er ganske omfattende og involverer nær alle sentrale aspekt. Tanken er å :

- 1) Fremheve brukermedvirkning
- 2) Fremheve individ og systemnivå (at det gjelder begge nivå)
- 3) Fremheve at brukeren skal ha en aktiv rolle og ikke bare være en som er tilstede
- 4) Fremheve at brukere kan ha ulike ønsker når det gjelder grad av involvering
- 5) Fremheve at det skal være likeverdighet i samarbeidet.

Begrunnelse delmål 1

Grunnlaget for brukermedvirkning er likeverdighet. Fordi det oftest er en maktubalanse (brukeren oppsøker en ekspert/hjelper), kan likeverd skapes gjennom at pasienten føler seg verdsatt og respektert. Selv om helsepersonell oppfatter at de har respekt for pasienten, er det ikke uvanlig at pasienten ikke føler seg respektert. Dermed må fokus må være på pasientens opplevelse og ikke spesialistens intensjon. Dette er vanskelig fordi spesialisten ikke kan kontrollere hvordan pasienten opplever situasjonen, men det kan måles ved å spørre pasienten om hvordan pasienten har opplevd konsultasjonen. Det er også viktig å få fram at pasientens erfaringer, opplevelser og verdier skal settes i fokus og begrepet erfaringskompetanse er valgt for å fremheve dette.

Begrunnelse delmål 2

Det finnes flere metoder som kan benyttes i brukermedvirkning. Spesialisten bør ha kunnskap om flere metoder for å kunne velge hvilke tiltak som er best egnet for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Samtidig må spesialisten ha klart for seg at målet med å involvere brukere på systemnivå er å gi denne/disse reell innflytelse.

Begrunnelse delmål 3

Ved samvalg (shared decision making) er prosessen som fører fram til en avgjørelse svært viktig. Det sentrale er god kommunikasjon mellom partene slik at partene opplever tillit seg imellom. Når det er oppnådd tillit mellom pasienten og spesialisten slik at begge parter føler seg respektert og forstått, vil de føle større trygghet for at de valg man tar er riktige. Da kan både en pasients beslutning som går mot spesialistens faglige råd og en beslutning tatt av spesialisten alene etter at pasienten har bedt legen om å velge, oppleves av begge parter som det beste valget i den gitte situasjonen. Det vises for øvrig til kunnskapshåndtering, læringsmål om samvalg.

Begrunnelse delmål 4

Dette gjenspeiler det som står som begrunnelsene for de øvrige målene, men fokuserer på holdninger.

Faglig bakgrunn og kilder

- Norsk lovgivning: Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om helseforetak. Helse- og omsorgstjenesteloven
- The World Health Organisation, "Declaration of Alma-Ata" in 1978
- European Union, programme of community action in public health (European Commission 2001, Article 1)
- Tritter, JQ. 2009, "Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world", Health Expect, vol. 12, no. 3, pp. 275-287

- Marit By Rise. Lifting the veil from user participation in clinical work – What is it and does it work? Doctoral thesis at NTNU, 2012:86. ISBN 978-82-471-3448. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:512268/FULLTEXT01.pdf>
- Rise MB; Solbjør M; Lara M; Westerlund H; Grimstad H; Steinsbekk A. Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. Health Expectations. 2011. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x
- Rise MB. Mer brukermedvirkning? Tidsskrift for norske legeforening, 16, 2012; 132: 1882-4.
- Steinsbekk A, Solbjør M (2008). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger? Tidsskrift for norske legeforening, 17, 2008; 128: 1944-5.
- Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise MB. Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? Tidsskrift for norsk psykologforening, 50, 2-5.

Samhandling

Det eksisterer noen læringsmål som er rettet mot samhandling. Disse omhandler stort sett tverrfaglig samarbeid. For eksempel omtaler CanMED en rolle som «Collaborator» som har følgende to læringsmål:

- 1) Participate effectively and appropriately in an interprofessional healthcare team.
- 2) Effectively work with other health professionals to prevent, negotiate, and resolve interprofessional conflict.

Dette handler om å jobbe i team sammen med kollegaer fra flere profesjoner, ofte innenfor rammene av lokal arbeidsplass (de man arbeider sammen med til daglig). Dette fordrer kunnskap om samspill i grupper og kjennskap til kompetansen til andre spesialiteter og andre profesjoner.

I tillegg kommer den norske settingen hvor samhandling knyttes til Samhandlingsreformen og dermed samhandling innen og på tvers av ulike enheter i helsetjenesten (ut over de man arbeider sammen med til daglig). Samhandlingsreformen er en retningsreform og det er igangsatt mange tiltak inkludert utforming av et lovverk som støtter opp om prinsippet om «rett behandling til rett tid på rett sted», gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. For at man skal kunne bidra til at dette skal skje må man ha kjennskap til systemet, de regler som gjelder for samhandling (ansvarsforhold, taushetsplikt, IKT systemer mm) og hvilke oppgaver andre har.

Utformingen av læringsmålene har som utgangspunkt at det er et mål å øke samhandling i helsetjenesten og på et overordnet plan handler dette om å spille hverandre gode («god fot teorien»): Hva må jeg gjøre for at de andre i teamet eller helsetjenesten får gjort sin jobb best mulig, til pasientens beste?

Begrunnelse overordnet læringsmål

Det overordnede læringsmålet er en relativt direkte oversetting av definisjonen for Collaborative practice fra WHO. «**Collaborative practice** in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.” Den sier noe relativt konkret om det overordnede prinsippet og er ment å peke mot det som kommer i de detaljerte læringsmålene om å få fram tverrfaglig samarbeid og pasientforløp/behandlingskjede. Det er lagt vekt på å framheve samarbeid

mellom «ulike aktører» og «institusjoner i alle deler av samfunnet» som med vilje ikke er spesifisert nærmere fordi det er så stor variasjon i hvem spesialister samarbeidet med og for å få fram at det også er samarbeid utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Begrunnelse delmål 1 om kompetanse i teamsamarbeid

Enhver LIS1 vil ofte være i situasjoner hvor de må eller bør spørre kollegaer fra ulike profesjoner om veiledning, typisk de man arbeider sammen med i team. Dette er avgjørende for læringsprosessen. For at denne skal bli best mulig, må LIS1 ha ferdigheter som gjør at han/hun både kan lære av andres kompetanse på en god måte og innordne seg teamet.

Begrunnelse delmål 2

Hensikten med målet er å vektlegge at selve atferden i tverrfaglige team er læringsmålet. Dette innebærer å ha kjennskap til de andres kompetanser (inkludert andre legeroller og spesialister) selv om det ikke sies eksplisitt i læringsmålet. Spesialisten må ha dette grunnlaget for å kunne tilpasse sin deltakelse i teamet, sin bruk av virkemidler og handlinger i situasjonen. Det er ikke presisert i læringsmålet at spesialisten skal forholde seg kritisk til de valg som gjøres for å sikre at de er i pasientens interesse (for eksempel hvis en av de andre i teamet eller avdelingsleder ber om utskrivning av en pasient til hjemmet, men hvor det ved nærmere vurdering og i dialog med pasienten viser seg at det ikke er hensiktsmessig ut fra pasientens behov eller medisinsk forsvarlig), da dette ligger innenfor det lovfestede kravet om forsvarlighet (lov om helsepersonell §4). Videre forstås det å kunne samhandle i et team som at spesialisten skal være tilpasningsdyktig, være bevisst den rollen en har, problematisere rollen sin når det er rett, tåle å vente ut en diskusjon, reelt ta til seg andres argumenter, finne det rette tidspunktet og god argumentasjon for egne standpunkt. Dette inkluderer også å tåle uenighet og stå for gruppens resultat selv om en selv kan være uenig.

Begrunnelse delmål 3

Forløp er et viktig og stadig mer brukt virkemiddel for å få god samhandling og sikre forutsigbare og kvalitativt gode forløp for pasienten. Pakkeforløpene for kreft er et eksempel på dette. Dette reiser et behov for at spesialistene har forståelse for virkemidler for å skape gode forløp mellom tjenesteytere og nivåer. Med forløp forstås det å legge opp en plan som gir oversikt over et forventet forløp for pasienten som også innehar mulighet for individuell tilpassing. Kravet i læringsmålet er «kjennskap til» som gjør dette til et kunnskapsmål. For at spesialisten skal kjenne til variasjonen i og ulike former for standardisert pasientforløp er det presisert at man skal ha kunnskap om dette både for korte deler av forløpet innenfor en avdeling (for eksempel forberedelser til operasjon, operasjon og oppvåkningsfasen) til de komplekse individuelle forløpene for pasienter med komplekse tilstander som forventes å ha behov for sammensatte tjenester over år. Det er valgt å beskrive dette i læringsmålet ved å fokusere på pasientens situasjon (for eksempel ukomplisert hoftedeledsbrudd vs. multimorbid dement pasient).

Begrunnelse delmål 4

Det er sentralt innen samhandling at alle aktører forstår hvilken rolle og plass de har relativt til andre aktører i både helse og omsorgstjenesten og i samfunnet for øvrig (sosial, utdanning osv, osv). Dette læringsmålet er en konkretisering som skal fremme forståelse for at man er en del av en større tjeneste.

Begrunnelse delmål 5

Dette løfter de andre læringsmålene til et høyere nivå ved at det stilles krav om å kunne gi anbefalinger. Med andre ord må man ha nådd de andre læringsmålene og i tillegg selvstendig kunne vurdere konsekvenser av denne kunnskapen for å kunne oppfylle dette læringsmålet. Med å fremme samhandling menes det både internt i egen enhet, egen institusjon, på tvers av institusjoner i helse- og omsorgstjenesten og med andre relevante aktører i samfunnet.

Begrunnelse delmål 6

Dette gjenspeiler det som står i de øvrige målene og begrunnelsene men fokuserer på holdning. Samhandling er her forstått til å omfatte både samhandling direkte mot andre personer i tjenestene og mellom tjenester/enheter.

Faglig bakgrunn og kilder

- Samhandlingsreformen: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Stortingsmelding 26 - 2014/15 Fremtidens primærhelsetjeneste: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Folkehelsemeldingen: <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>
- WHO Department of Human Resources for Health. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organisation; 2010. Report No.: WHO/HRH/HPN/10.3.:

Pasient- og pårørendeopplæring

Internasjonale retningslinjer og nasjonale læringsmål vektlegger viktigheten av å være pasientsentrert, kunne kommunisere godt med pasienter og formidle relevant informasjon. Pasient- og pårørendeopplæring som eksplisitt tema er ikke utdypet. Politiske og juridiske føringer om pasientopplæring står sterkt i Norge og forslagene til læringsmål tar utgangspunkt i disse, samt forskning og praksis.

Definisjoner

Patient education is defined as any set of planned educational activities designed to improve patients' health behaviors and health status, or both (Lorig 2001).

Det finnes mange definisjoner på pasientopplæring og som fokuserer ulikt på innhold og hensikt med opplæringen; fra diagnoserettet informasjon og generell helseopplysning til støtte til egenmestring og selvledelse og/eller endret helseatferd. Den praktiske utøvelsen av pasientopplæring i Norge preges av en helsefremmende forståelse og tilnærming som:

- Rettes inn mot faktorer som fremmer helse
- Tar utgangspunkt i brukernes ressurser og behov
- Bidrar til å fremme egen mestring og selvstendighet
- Har fokus på erfaringsutveksling og dialog
- Har brukermedvirkning som et førende prinsipp

Faglig forankring

Pasientopplæring kan bidra til bedre helse og kan gi en rekke samfunnsøkonomiske gevinster. En studie gjort på astmapasienter i Norge viste at pasientopplæring reduserte legekonsultasjonene med 75 %, sykmeldingsdager med 70 %, bedret lungefunksjonen med 6

% etter 12 mnd samt ga bedret livskvalitet (Gallefoss 2001). Forskning viser at pasientopplæring i *selvledelse (self-mangement)* er mer effektiv til å forbedre kliniske resultater enn opplæring med hovedfokus på informasjonsformidling. Det er svake empiriske sammenhenger mellom kognitiv kunnskap, holdninger og atferd.

Pasientopplæring har læring og mestring som mål og pasientinformasjon er viktig for å lære og kunne mestre, men ikke tilstrekkelig i seg selv. Det er forskjell på om pasienter vet blodsukkernivået sitt sammenlignet med at de forstår betydningen av denne verdien og har nødvendig praktisk handlingsberedskap.

Juridisk og politisk forankring

Pasient- og pårørendeopplæring har klare juridiske og politiske føringer. I følge *Spesialisthelsetjenesteloven* er opplæring av pasienter og pårørende en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver. Forarbeidene til loven utdypet viktigheten av pasientopplæring og setter god pasientopplæring i direkte sammenheng med behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Kommunene skal i følge *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* tilrettelegge for mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter rett til å få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Videre er det et klart helsepolitisk mål å vektlegge innsatser som setter pasienter, brukere og befolkningen i stand til å mestre en hverdag med sykdom, og aller best, forebygge sykdom og uhelse. Opplæringen skal være en integrert del av forebygging, utredning, behandling og rehabilitering/oppfølging.

LISens rolle

Som ledende fagpersoner vil spesialister ofte inneha lederroller og de er dermed viktige rollemodeller for hvordan informasjon til og opplæring av pasienter og pårørende skal utøves i praksis. Pasient- og pårørendeopplæring vil for spesialisten innebære det å gi informasjon, undervise, veilede og gi råd. Når LIS skal arbeide med pasientopplæring, vil det være avgjørende at de får en bredere innsikt i sin ekspertrolle, som tradisjonelt sett omfatter det å diagnostisere (analysere), konkludere, behandle og gi råd. Det er særlig den veiledende rollen som må styrkes, noe som krever gode pedagogiske kunnskaper og ferdigheter. Pasientopplæring er en sammensatt pedagogisk, helsefaglig og kommunikativ prosess. Dette betyr at spesialistens veiledende rolle også er avhengig av god kompetanse i kommunikasjon, samhandling og brukermedvirkning for at pasientopplæringen skal bli av god kvalitet. LIS må kunne demonstrere at de kan tilrettelegge og gi pasientopplæring som bidrar til å utvikle pasientkompetanse (kunnskaper, ferdigheter, holdninger).

Pasientkompetansen skal sette pasient, bruker og pårørende i stand til å medvirke, kvalifisert vurdere, samt ta beslutninger til beste for egen helseutvikling, og kunne håndtere en hverdag med sykdom og /eller funksjonsnedsettelse. All opplæring må ta utgangspunkt i hvor pasienten er., jfr Kirkegaards hjelpekunst: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.»

Begrunnelse overordnet læringsmål

Kompetente pasienter vil ha en positiv innvirkning på pasientsikkerhet og behandlingsresultater, og utvikling av pasientkompetanse er derfor en viktig del av

behandlingen. Fremtidige endringer i befolkningens demografi og sykdomsbilde fordrer at pasienter stimuleres til aktivt å ta ansvar for egen helseutvikling. Derfor må behandlingen også bidra til at pasienter utvikler kompetanse slik at de er i stand til å medvirke, kvalifisert vurdere og ta beslutninger til beste for egen helseutvikling, samt kunne håndtere en hverdag med sykdom og /eller funksjonsnedsettelse.

Begrunnelse delmål 1

For pasienter med langvarige helseutfordringer, er opplæring spesielt viktig. Opplæring er en forutsetning for å mestre en hverdag med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, for å kunne utføre egenbehandling og for å hindre forverring av sykdommen og utvikling av komplikasjoner. Derfor må LIS gjennom dialog med pasienter kunne avdekke behov for opplæring og møte disse med relevante tiltak på kort og lang sikt. LIS må ha kunnskap om alternative strategier og tiltak, individuelle- og/eller gruppebaserte.

Begrunnelse delmål 2

Tar sikte på at LIS har helsepedagogisk kunnskap som er nødvendig i arbeidet med å informere, undervise og veilede pasienter. Delmålet har følgende innhold:

- Kunnskap om hva som hemmer og fremmer læring, og dertil egnede metoder/verktøy
- Didaktisk kunnskap og innsikt i generelle pedagogiske prinsipper
- Kunnskap om muligheter (og barrierer) for bruk av IKT i pasientopplæringen.
- Kunne diskutere pedagogiske utfordringer knyttet til at pasienter skal forstå og kunne anvende helseinformasjon (health literacy), i tilknytning til kjønn, sosial ulikhet i helse og ulike kulturelle kontekster.

Begrunnelse delmål 3

LIS vil møte pasienter med langvarige helseutfordringer som har behov for utvikling av kunnskaper og ferdigheter for å håndtere en hverdag med sykdom og /eller funksjonsnedsettelse. LIS må derfor kunne informere, undervise og veilede pasienter på en helsefremmende og pedagogisk god måte. LIS må trenes i et likeverdig samarbeid om opplæring, med pasienter, brukere og/eller pårørende, og andre relevante profesjonsgrupper. Delmålet tar sikte på at LIS skal utvikle ferdigheter i metoder som fremmer pasienters læring og mestring. Dette kan for eksempel handle om hvordan styrke personers selvregulering, mestringstro, håndtering av stress, utvikling av nye ferdigheter, bevissthet og bruk av egne ressurser.

Faglig bakgrunn og kilder

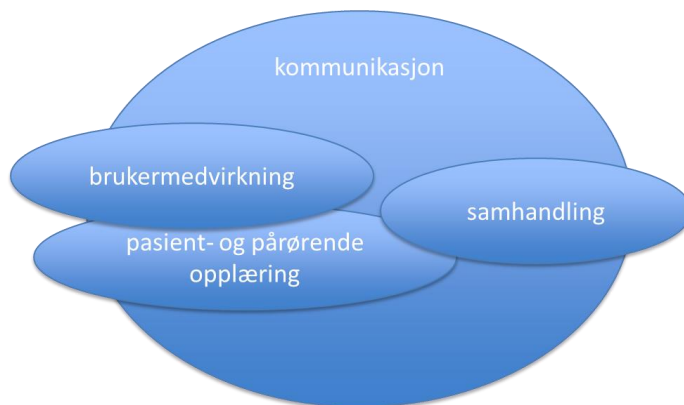
- Bastable, S. 2006. *Essentials of Patient Education*. Sudbury Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.
- Bodenheimer et.al. 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Jama*; 288(19):2469-2475.
- Bråten, I. (2002). *Læring i sosialt, kognitivt og sosial-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Christiansen, B. (red.) 2014. *Helseveiledning*. Oslo, Gyldendal Akademisk. Ekeland, T.J. & Heggen, K. 2007. *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Gyldendal akademisk.
- Dreeben, O. 2010: *Patient Education in Rehabilitation*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Gallefoss, F. 2001. The effects of patient education in asthma and COPD – a randomized, controlled trial. *Lungeforum Scandinavian respiratory Journal*. Suppl.14 Vol 11.
- Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (red.) 2011. *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

- Lorig, K. 2001. *Patient education: a practical approach*. (3rd ed). Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001). Pasient- og brukerrettighetsloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Meld. St. 9 (2012-2013). (2012). *En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012-2013). (2012). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Naidoo, J. og Wills, J. (2009) *Health Promotion. Foundation for Practice*. 2. Utg. London, Baillière Tindall.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot.prp.nr 10 (1998-1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten med mer. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/>
- Prescott, P. & Børtveit, T. 2004. *Helse og atferdsendring*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Redman, B.H. 2001. *The Practice of Patient Education*. St. Louis: Mosby
- Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 2011;43: 255–264.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- Stanford University Medical Center. MD Program Handbook and Policy Manual (2015-2016) <http://med.stanford.edu/md/mdhandbook.html>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

3. Begrunnelse for læringsaktivitetene generelt

Kommunikasjon er det mest sentrale arbeidsredskapet på tvers av alle legespesialisters arbeid og følgelig en sentral kompetanse i legespesialisters arbeid. Derfor er det å utvikle best mulige kommunikasjonsferdigheter avgjørende og noe som må ha et sentralt fokus gjennom hele LIS perioden. Et konkret eksempel på hvor god kompetanse i kommunikasjon er sentralt er i veiledning. LIS-er må både ta imot og gi veiledning, enten det gjelder kollegaer og andre helsepersonellgrupper eller pasienter og andre aktører i helsetjenesten. Fordi kvalitet og kompetanseheving forutsetter veiledning, må kompetanse i veiledningen (som forutsetter god kompetanse i kommunikasjon) vektlegges. Det anses derfor som et viktig grep å sikre at læringsaktiviteter i kommunikasjon tar utgangspunkt i veiledningsaktiviteter. Sagt på en annen måte, ved å være god på kommunikasjonsferdighetene som kreves i en veiledningssituasjon både som mottaker og veileder, har man en kompetanse i kommunikasjon som kan tas inn i alle andre situasjoner hvor kommunikasjon er viktig slik som pasientkonsultasjoner og teamarbeid.

Gruppen vurderer derfor kommunikasjon som et punkt overordnet de andre, og at det eksisterer et forhold imellom punktene som kan illustreres som følger:



Også de andre hovedpunktene som betegnes som felles kompetansemoduler, samt de læringsmål som defineres av spesialitetskomiteene eller de fire «kliniske» arbeidsgruppene for del 1, vil ha kommunikasjon som et overordnet element.

Ut ifra denne forståelsen er både antall mål og antall timer foreslåtte læringsaktiviteter i kommunikasjon større enn for de andre områdene. I tillegg til veiledning og supervisjon som en del av ordinær klinisk tjeneste anser vi «Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk» som grunnmuren for å oppnå øvrige læringsmål.

Hensikten med læringsaktivitetene er at de skal dekke læringsmål som angår del 1 fra flere av områdene i de felles kompetansemodulene, med spesiell vekt på områdene kommunikasjon, pasient- og brukermedvirkning, pasient og pårørendeopplæring og veiledning. Som det argumenteres for under, er læringsaktivitetene for LIS en sentrert rundt et todagers internatkurs «Ferdighetskurset kommunikasjon og pedagogikk», men fokuset i læringsaktivitetene er likevel det som skjer i den daglige kliniske praksisen.

Den viktigste praktiske treningen skjer i det daglige arbeidet, og for at den teoretiske og veiledede opplæringen skal være av høyest mulig kvalitet, trengs det systematisk opplæring. Fordi kommunikasjonsferdigheter er integrert med andre sentrale ferdigheter for legespesialister er det valgt å integrerer flere læringsmål inn i læringsaktivitetene knyttet til kommunikasjon med tilhørende områder. Læringsaktivitetene vil dermed dekke andre aspekt en de som går på tradisjonelle ferdigheter i pasientkonsultasjoner.

I tillegg til den praktiske treningen anbefales det forskjellige e-læringsmoduler, bruk av refleksjonsnotat (se eksempler på tema i vedlegg 4), videoopptak/rollespill av relevante situasjoner og at tema som pasient- og pårørendeoppøring, brukermedvirkning og teamarbeid drøftes i gruppeveiledning. Det vises også her til vedlegg 4 i denne rapporten, og eksempler på læringsaktiviteter i de andre gruppene for FKM (som etikk (gruppe 1), samvalg (gruppe 2) og gjennomføring av gruppeveiledning (gruppe 4)).

4. Begrunnelse for læringsaktiviteten «Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk» (Ferdighetskurset PedKom) for LIS 1

Det anbefales sterkt at det etableres et todagers internatkurs (en overnatting) med fokus på trening av ferdigheter kalt «Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk» som er obligatorisk i siste del av sykehuspraksis. Tidspunktet for kurset foreslås å være ca. 10 måneder (8-12 måneder) ut i del 1 fordi LIS-ene både må ha begynt å få mengdetrening i kommunikasjon både med pasienter og andre ansatte og det må skje tidlig i forløpet for å sikre et godt grunnlag i videre opplæring og praksis.

I en travel klinisk hverdag for både LIS1 og deres veiledere og supervisører, vil det bli lettere å sikre et minimum av ferdighetstrening i kommunikasjon og pedagogikk ved å dedikere to dager til et internatkurs med dette som overordnet tema.

Andre gode grunner til å anbefale internatkurs er:

- Signalverdien ved å ha et eget kurs som viser at man tar på alvor at kommunikasjon er det mest sentrale arbeidsredskapet på tvers av alle legespesialisters arbeid
- Det er nødvendig med tilstedeværelse over noe tid fordi aktivitetene på kurset forutsetter at deltagerne føler seg trygge på hverandre og opplever at det er en trygge rammer for læring. Dette oppnås klart lettere ved et internatkurs
- Økt fokus på det som skjer på kurset ved at man er isolert fra øvrige aktiviteter.
- Det gir økt sikkerhet for at kvaliteten blir lik over hele landet
- Det gir økt fokus og kvalitet på øvrige læringsaktiviteter som er knyttet til det som skjer på kurset fordi det blir lett synlig hva som må gjøres forut for og etter kurset.
- Gir økt rom for å fokusere på trening av ferdigheter slik at fokuset ikke blir på teori og forelesninger.

Når det gjelder innhold anbefales det at kurset tar utgangspunkt i å bygge kompetanse i å få og å gi veiledning fordi dette er felleselementer for en stor andel av både læringsaktiviteter og læringsutbytte. Øvrige læringselement på kurset bør ta utgangspunkt i veiledningskompetanse for vise hvordan bruk av kommunikasjonsferdigheter brukt veiledning er de samme som i pasientkonsultasjoner og teamarbeid. Derfor er det i eksemplet på innhold under satt opp at første aktivitet er å lære veiledningsteknikker. Det er beskrevet en modell (ALOPA – agenda ledet og utkommebasert analyse, se vedlegg) som er utviklet av Silvermann og Kurtz fordi den inneholder mange av elementene fra pasientsentrert kommunikasjon, men også andre modeller kan brukes. Det viktige er at det tydeliggjøres hvordan samme kommunikasjonsferdighet kan brukes i ulike settinger slik som veiledning, pasientkonsultasjoner og teamsamarbeid. Det anbefales at internatkurset omfatter totalt 14 undervisningstimer, fordelt på ca. 4 timer forelesning og 10 timer ulike former for gruppeaktiviteter enten med eller uten veileder for å sikre studentaktiverende læring.

Både for å få maksimal effekt av internatkurset og fordi læring i kommunikasjonsferdigheter vil måtte utvikle seg over tid må det som skjer på kurset være en del av et samlet opplegg. Derfor er det foreslått læringsaktiviteter som bør gjennomføres før og etter kurset nedenfor.

Læringsaktiviteter før og etter gjennomføring av Ferdighetskurset i kommunikasjon og pedagogikk

Før Ferdighetskurset (må være avsluttet og evt innsendt uken før kursstart)

1. Skrive ett refleksjonsnotat på max 1000 ord om erfaringer med å arbeide i team i daglig praksis på sykehuset.
2. Gjennomføre eLæringsmodul om pedagogikk, helsefremming og veiledning
3. Gjennomføre ett møte i en veiledningsgruppe med andre LIS og veileder hvor hver LIS har med seg ett videoopptak av en pasientkonsultasjon som diskuteres i gruppen.
4. Skrive ett refleksjonsnotat på max 1000 ord om erfaringer med å motta veiledning

Etter Ferdighetskurset (gjennomføres innen 3 måneder etter kursslutt)

1. Delta i ett møte i en veiledningsgruppe med andre LIS og veileder hvor hver LIS har med seg ett videoopptak av en pasientkonsultasjon som diskuteres i gruppen.

Bruk av elæring knyttet til Ferdighetskurset

Det foreslås å bruke eLæring som introduksjon til flere av læringsmålene ved å ha moduler for pedagogikk, veiledning og helsefremming. Samlet gir dette et grunnlag for å utvikle spesialistens helsepedagogiske kompetanse slik at han mestrer sammensatte pedagogiske, helsefaglige og kommunikative prosesser med pasientene. Nedenfor er det beskrevet eLæringsmoduler som foreligger, men med målgruppe helsepersonell. Det foreslås å revidere disse for bruk i LIS utdanningen og slik at innholdet spisses mot legers rolle og funksjon, og slik at casene er praksisnære for legers kliniske hverdag. Disse ELæringsmodulene består av en variasjon mellom informasjon, oppgaver, refleksjonsøvelser og filmer. LIS'ene vil få en rask innsikt i sentrale momenter innen pedagogikk, helsefremming og veiledning.

- **Modulen veiledning** tar opp egenskaper ved veiledning og hvordan kunne bruke dette i pasientarbeid. I dette inngår kunnskap om dialogferdigheter, det å stimulere pasienters bevissthet om egne tanker, følelser og handlinger – hvilket har betydning for hvordan pasienter selv kan ivareta og utvikle god helse. Kompetanse i veiledning kan bidra til at man kan skille mellom ulike kommunikasjonsformer med pasientene og bruke disse mer hensiktsmessig og målrettet. En helsepedagogisk rolle vil i mange sammenhenger innebære å kunne veilede sine pasienter, og i mindre grad opptre rådgivende. **Link:** <http://laeringsportalen.helse-sorost.no/elps40/content/77f07e28-69d5-4e07-9b24-67583804b2ef/course/asset/main.html>
- **Modulen helsefremming** gir en innføring i hvordan fokusere på helsefremmende faktorer i pasientarbeidet. Dette handler om å involvere pasienter i behandlingen og i beslutninger, ta utgangspunkt i deres behov og ressurser, samt bidra til å fremme pasienters mestring og selvstendighet. I kurset vises det hvordan man kan arbeide helsefremmende i dialog med pasienter. Prinsippene for helsefremming tydeliggjøres og slik at disse direkte kan tas i bruk i pasientarbeid. **Link:** <http://laeringsportalen.helse->

sorost.no/elps40/content/9ef54abf-105c-4764-8e1e-6f1546c32d7b/course/asset/main.html

- **Modulen pedagogikk** gir en innføring i metoder og pedagogiske prinsipper i arbeidet med å planlegge undervisning til og opplæring av pasienter. Modulen viser konkrete verktøy eller «ABC'er» som kan være en hjelp for å planlegge og fasilitere pasienters læring. Verktøyene hjelper en å vurdere forhold som påvirker læringen, som for eksempel pasienters læreforutsetninger eller hvilke læringsmetoder som egner seg. Uavhengig om det gjelder formidling av informasjon, veiledning, opplæring eller rådgivning til pasienter, vil disse metodene kunne fungere som gode pedagogiske retningslinjer for klinikerne. Modulen gir også praktiske presentasjonstips for de som skal undervise. **Link:**

<http://kommune.mohive.net/runtimehtml/index.html?courseid=0df68241-7a9b-403d-a949-cab38c1c68d3&version=flash&runtimeMode=publicLink&gotoExercise=#gotoExercise=1391>

5. Begrunnelse for web-basert feedback system

Utgangspunktet er at direkte feedback har stor betydning for læring. Samtidig må feedbacken kunne knyttes til det arbeidet LIS gjør i det daglige. En løsning på dette er å ha et system som gir mulighet for at pasienter og andre ansatte rundt LIS kan gi feedback i form av å svare på spørreskjema. For at det skal skje må det være mulig for LIS å be pasienter og andre ansatte om å fylle ut et spørreskjema og så få rask tilbakemelding på dette etter at det er analysert automatisk.

Et slikt system kan bygges opp på følgende måte:

1. Det etableres en web side med nødvendig funksjonalitet
2. LIS logger inn og tar ut invitasjonsbrev med koder som brukes til å loge seg på en web side
3. De som blir invitert fyller ut spørreskjema på web
4. LIS kan gå inn og se på sine resultat og få opp utfyllende informasjon ut fra eget ønske (utvikling over tid, skåring sammenlignet med en norm, sammenlignet med gjennomsnittsskåre for andre LIS med mer)

Et konkret eksempel er at man ønsker å la LIS få feedback på sine kommunikasjonsferdigheter med pasienter. Man setter som krav at spørreskjemaet Communication Assessment tool (CAT) skal fylles ut av 10 av LIS' pasienter hver 3 måned over 1 år. LIS kan selv velge ut hvilke pasienter som blir invitert. Selv om dette gir et utvalg av de pasienter LIS mener har fått best kommunikasjon, gir det likevel et bilde på hva som er det beste LIS kan presentere, noe som også er tilfelle ved andre evalueringer/eksamener. Så kan dette legges inn krav om at for å få spesialisering /oppnå delkompetanse minst 50% av pasientene skåre CAT på høyeste nivå (norm i USA er over 70%).

Aktuelle skjema

Det er i to kilder som det er mest relevant å få tilbakemeld fra, pasienter og andre ansatte. Det er utviklet validert to skjema som kan passe til dette (også vedlagt):

1. Communication Assessment tool (CAT), oversatt til norsk og dansk og validert men denne er ikke publisert enda. Referanse: Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient Educ Couns. 2007 Aug;67(3):333-42.
2. Professionalism Assessment Tool (PAT), finnes bare i Engelsk versjon, tillatelse til oversetting er innhentet fra rettighetshaver Makoul. Referanse: Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. Acad Med. 2009 May;84(5):566-73. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819fb7ad

Skjemaene kan gi en samlet skåre, men det kan også brukes svar på enkeltspørsmål for å evaluere spesifikke læringsmål (for eksempel spørsmål om respekt ifm brukermedvirkning)

6. Metoderapport

Arbeidsgruppa har bestått av:

- Kathinka Meirik (leder): Klinikleder Psykiatrisk Klinikk Helse Nord-Trøndelag HF. Spesialist i psykiatri. Nestleder Spesialitetsrådet.
- Aslak Steinsbekk: Professor i medisinske atferdsfag og helsetjenesteforskning, Institutt for Samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
- Kristian Heldal: Avdelingsleder/Klinikkoverlege medisinsk klinikk Sykehuset Telemark. Spesialist i indremedisin og nyresykdommer, PhD, Førsteamanuensis Universitetet i Oslo
- Astrid Rutherford: Spesialist i samfunnsmedisin og allmenntidmedisin, Folkehelserådgiver og smittervernlege i Rakkestad Kommune
- Eirik Hugaas Ofstad: LIS i indremedisin, universitetslektor UiT, PhD, Nordlandssykehuset
- Mirjam Smedsrød: Enhetsleder Regional Kompetansetjeneste for pasient- og pårørende Helse Sør-Øst, sykepleier, master i folkehelsevitenskap.
- Torsten Risør: Studieplansjef Medisin og førsteamanuensis v/UiT Norges Arktiske Universitet, allmennlege i Tromsø.

Heidi Stien (Helsedirektoratet) har deltatt i alle gruppas møter.

Gruppa har arbeidet seg frem til konsensus ved diskusjon, og det har ikke vært nødvendig med noen avstemninger. Alle forslag er således enstemmige. For kunnskapsgrunnlag vises det til kildehenvisninger på de enkelte punkt. Læringsmål innen gruppas områder fra alle de norske utdanningssteder for leger er gjennomgått. Læringsmål for medisinstudiet og/eller spesialistutdanning i Canada, Danmark, Sverige, England og Australia er også vurdert.

Gruppa har tatt utgangspunkt i at en LIS som starter på spesialistutdanningens del 1 har forkunnskaper tilsvarende cand.med fra norske læresteder. For LIS som har utdanning fra andre læresteder der utformingen av pensum gjør at det er et gap i mellom hva LIS faktisk kan og hva som forventes, vurderer gruppa at det er LIS' eget ansvar å dekke dette gapet.

Den overordnede føring for alle læringsmål har vært «pasientens helsetjeneste»; dvs at alle læringsmål skal gi en direkte eller indirekte merverdi for pasienten. Læringsmålene er forsøkt utformet slik at det både skal være forståelig for alle hva som menes, og at målet som beskrives skal være mulig å teste eller vurdere. For de overordnede mål og noen delmål vil det være en kontinuerlig læringsprosess gjennom hele LIS-løpet, andre delmål forventes nådd i løpet av del 1 (tidligere turnus) eller del 2/3. Selve utformingen av læringsmålene er basert på hva en spesialist kan etter å ha gjennomført de aktiviteter som inngår i spesialistutdanningen (læringsutbytte).

Fagfeller og ekstern evaluering

Det er innhentet kommentarer fra følgende:

- Grupplederne i øvrige grupper FKM (Elisabeth Søyland, Øystein Eiring, Elisabeth Arntzen)

- Administrativt Samarbeidsutvalg i Nord-Trøndelag

I utformingen av læringsmålene innen kommunikasjon har også professor Pål Guldbrandsen (UiO) og professor Edvin Schei (UiB) deltatt.

Vedlegg

A. Eksempel på innhold i et todagers Ferdighetskurs i kommunikasjon og pedagogikk (Ferdighetskurset PedKom)

Varighet	Sum	Aktivitet
DAG 1		
15 min	0,25	Presentasjon
15 min	0,5	Hvorfor kurs i PedKom (pedagogikk og kommunikasjon)? Introfilm og forelesning
120 min	2,5	ALOBA (agendaledet og utkommebasert veiledning) modellen for veiledning. Forelesning og trening på utprøving av ALOBA modellen i grupper knyttet til gjennomgang av en video fra en konsultasjon. Oppsummerende diskusjon som tar utgangspunkt i innsendte/medbrakte refleksjonsnotat over erfaringer med diskutere eget videoopptak av en pasientkonsultasjon med andre LIS i en veiledningsgruppe.
60 min	3,5	Gjennomgang av egne medbrakte videoer i grupper av 3-4. Oppgave å identifisere kommunikasjonsferdigheter knyttet til å innhente pasientens perspektiv og å bruke ALOBA i veiledning
60 min	4,5	Trening i grupper på å bruke ALOBA modellen i å veilede hverandre i å bli bedre til å innhente pasientens perspektiv
60 min	5,5	Pasient og brukermedvirkning på system og individnivå. Forelesning med studentaktiviteter
90 min	7,0	Metoder og pedagogiske prinsipper innen pasient og pårørendeopplæring. Forelesning med gruppeoppgave om å fremme deltagerens egenaktivitet

Varighet	Sum	Aktivitet
DAG 2		
30 min	0,5	Prinsipper for teamsamarbeid. Forelesning
60 min	1,5	Diskusjon i grupper med utgangspunkt i innsendt/medbragt notat om egen erfaring med teamarbeid
60 min	2,5	Trening på veiledning i teamarbeid i grupper

30 min	3,0	Kommunikasjon og samarbeid på systemnivå (meldingsutveksling). Forelesning
30 min	3,5	Modeller for pasientsentrert konsultasjoner. Forelesning
90 min	5,0	Trening i grupper på å informere strukturert og porsjonere informasjonen, sjekke at pasienten har forstått, lage fremtidige avtaler med mer.
60 min	6,0	Veiledning av kollegaer. Forelesning med gruppearbeid i plenum
60 min	7,0	Oppsummering og avslutning

B. Eksempel på modell for veiledning. ALOBA-modellen (engelsk)

Prinsippene I ALOBA (agenda-led outcome-based analysis)

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (2005) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (Second Edition). Radcliffe Publishing (Oxford and San Francisco)

How to organise the feedback process

Start with the learner's agenda

- ask what problems the learner experienced and what help he would like from the rest of the group

Look at the outcomes learner and patient are trying to achieve

- thinking about where you are aiming and how you might get there encourages problem solving - effectiveness in communication is always dependent on what you are trying to achieve

Encourage self assessment and self problem solving first

- allow the learner space to make suggestions before the group shares its ideas

Involve the whole group in problem solving

- encourage the group to work together to generate solutions not only to help the learner but also to help themselves in similar situations

How to give useful feedback to each other

Use descriptive feedback to encourage a non-judgmental approach

- descriptive feedback ensures that non-judgmental and specific comments are made and prevents vague generalisation

Provide balanced feedback

- encourage all group members to provide a balance in feedback of what worked well and what didn't work so well, thus supporting each other and maximising learning - we learn as much by analysing why something works as why it doesn't

Make offers and suggestions; generate alternatives

- make suggestions rather than prescriptive comments and reflect them back to the learner for consideration; think in terms of alternative approaches

Be well intentioned, valuing and supportive

- it is the group's responsibility to be respectful and sensitive to each other

Additional overall strategies for ensuring that the feedback process actually leads to deeper understanding and development of specific skills

Rehearse suggestions

- try out alternative phrasing and practice suggestions by roleplay - when learning any skill, observation, feedback and rehearsal are required to effect change

Value the interview as a gift of raw material for the group

- the interview provides the raw material around which the whole group can explore communication problems and issues: group members can learn as much as the learner being observed who should not be the constant centre of attention. All group members have a responsibility to make and rehearse suggestions

Opportunistically introduce theory, research evidence and wider discussion

- offer to introduce concepts, principles, research evidence and wider discussion at opportune moments to illuminate learning for the group as a whole

Structure and summarise learning so that a constructive end point is reached

- structure and summarise the session using the Calgary-Cambridge observation guides to ensure that learners piece together the individual skills that have arisen into an overall conceptual framework

Eksempel på bruk av ALOBA

Copyright: Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (2005) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (Second Edition). Radcliffe Publishing (Oxford and San Francisco)

Live interviews: a group session working with a simulated patient

Set the scene for the experiential work

- Establish initial rapport via
 - Welcome, introductions
 - Explore and discuss how this session fits in with learners' overall learning
 - Outline a temporal plan for the session, explain the aims and methods of the session
 - Demonstrate interest and concern
- Exercises re the topic for today: learners' difficulties, patients' difficulties, introduction of frameworks
- Explain that this is a chance to practice important areas before doing so in real life. It is not a judgmental exercise but an opportunity to practice and rehearse in safety, and as many times as they need, some of the skills that might be helpful in a situation with which they will almost certainly be faced in the future
- Describe the specific scenario in enough detail to orientate the group (setting, information already known, medical records etc.)
- Specifically explain who the learners are and what their role is in the scenario
e.g. The learner is him or herself, going onto the wards for the first time to clerk a patient. Its the afternoon and the resident has suggested you talk to a patient who has just been admitted, Joan Henderson. He says that the patient has been admitted with a chest infection. The patient is sitting in the chair next to their bed with a cannula in their arm, dressed in night-clothes, looking washed out and a bit sleepy. This morning, we shall just concentrate

on beginning the interview and discovering from the patient what has been going on to bring them into hospital.

- Ask the students to discuss the general issues that the role provides first, before the first student sets their own objectives as below

Identifying the individual's agenda

- Encourage one of the student's to start the process – the person who goes first will give us the raw material to work on, a gift for the group:
 - What would be the particular issues or difficulties for you here that you would like to work on? (try to get the learner to hone them down)
 - What would you like to practice and refine and get feedback on
 - What are your personal objectives for the role-play – put on flip chart
 - How can the group help you best
 - What would you like feedback on

Prepare the whole group to watch the interview

- Set up room and equipment, make sure all ready and roles worked out
- Ask if anything else you would like to know about the scenario to make it real for you, to work?
- Emphasize to the interviewer that it is OK to stop and start and break for help whenever they would like. Negotiate the chunk of interview that learner will undertake. State when you will stop the interview if they don't e.g. at a specific point in the interview.
- Instruct the group to write down specific words and actions as an aid to descriptive feedback; if using video, jot down exact times or counter numbers

Watch the interview

- After watching the interview, allow the group several moments to collect their thoughts and identify the one or two most important points they would like to bring up in feedback, making sure to provide a balance between what worked and what was problematical
- Facilitator to consider where to place feedback on what worked well

Acknowledge the learner's feelings

- How do you feel?
- How did that go?

Identify and refine the individual's agenda and desired outcome(s)

- Can we go back to your agenda on the flipchart before the role-play? Has it changed? Did new areas of difficulty crop up?

- What would you like to have achieved differently? What different outcomes would you like to explore?
- Facilitator to listen, clarify, summarize, check
- Facilitator to consider whether to add in his own or the group's agenda here
- Negotiate with the learner the best way to look at the interview - choose which area to focus on or part of tape to replay first

Feedback and re-rehearsal (whole group)

- Start with the learner: options include
 - tell me what went well, specifically in relation to the objectives that you defined?
 - what went less well in relation to your specific objectives?
 - you obviously have a clear idea of what you would like to try
 - you've defined the problem and made a suggestion.....would you like to have another go?
- Then get descriptive feedback from the group
- When participants make suggestions, ask prime learner if they would like to try this out or if they would like the other group member to have a go. Try to get someone else to role-play a section if they make a suggestion for doing it differently.
- Bring in the actor for insights and further rehearsal: ask actor in role questions that the group has honed down
- Elicit thoughts and feelings of learner and patient, including the outcomes they wanted to achieve at various points in the interview
- Remember to:
 - practise and re-rehearse new techniques after suggestions from the group
 - make sure to balance positive and negative feedback
 - utilise actor feedback
 - demonstrate the skills yourself when appropriate

Tape review, skills spotting

- Use the tape to demonstrate specific phrasing/behaviours
- Look at the micro-skills of communication and the exact words used

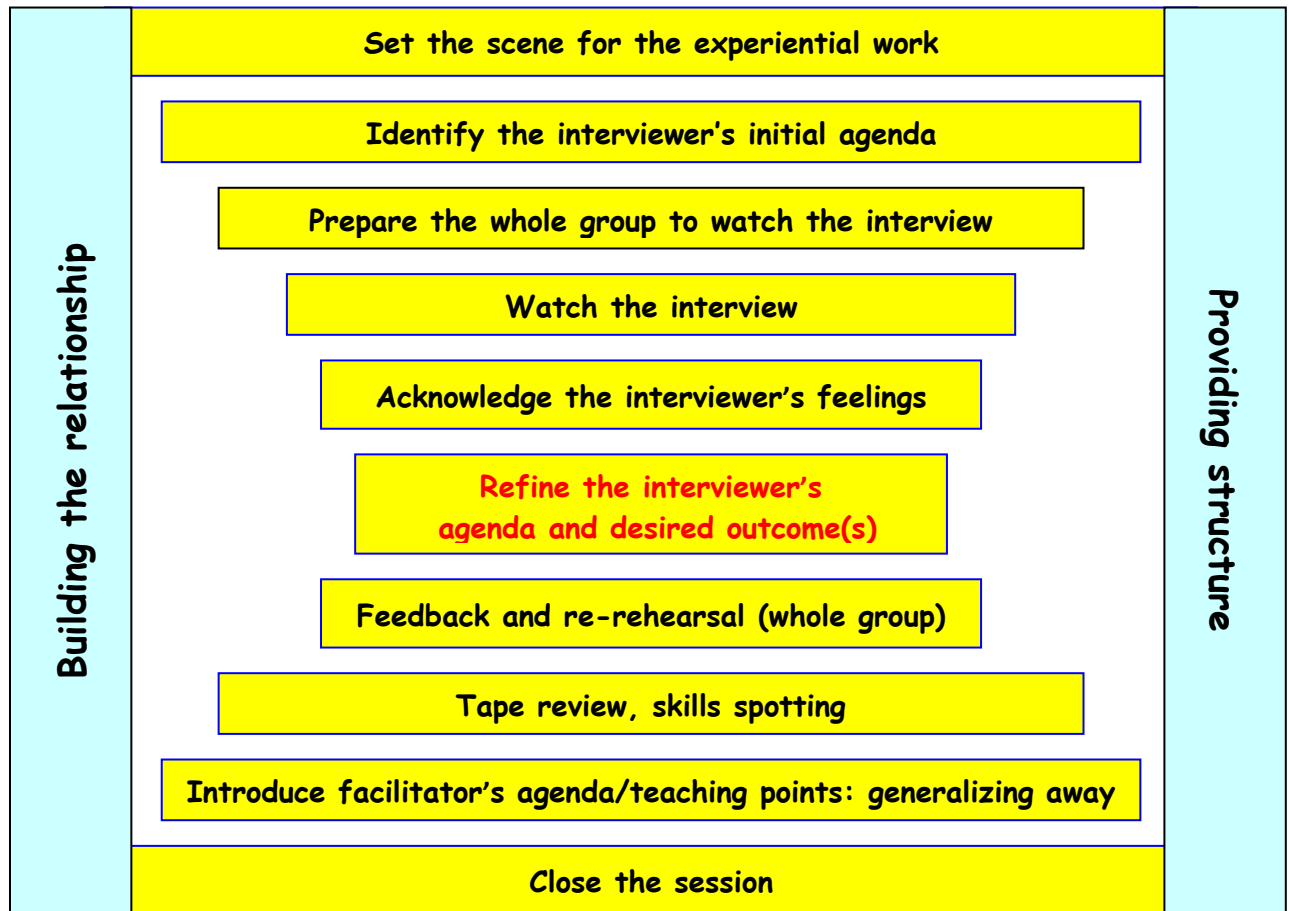
Introduce facilitator's agenda/teaching points: generalising away

- Add in facilitator's ideas and thoughts
- Appropriately introduce theory, research and wider discussion

Closing the session

- Clarify with learner that his agenda has been covered
- Be very careful to balance what worked well and what didn't work so well by the end
- Rounds of what learnt: ask what everyone has learned (one thing to take away), whether the feedback was useful and felt acceptable

- Summary from facilitator: pull together and reflect on the “what”: the structure and skills of the Guide
- Handouts



C. Eksempel på kommunikasjonsmodell - «De fire gode vaner»

<http://tidsskriftet.no/article/1782822/>

De fire gode vaner (utviklet av Kaiser Permanente, California - oversatt og tilpasset norsk av Gulbrandsen, Finset, Fossli Jensen og Mjaaland)

Valget av navnet «Fire gode vaner» er et pedagogisk grep – det er lett å huske og viser behovet for å trene. Leger har nok å memorere, og skal en ferdighet øves i travel klinisk praksis, må den ikke representere for store krav til hukommelsen. Vanene gjenspeiler langt på vei stadier i lege-pasient-møtet og læres også sekvensielt. Mange kursdeltakere fremhever det enkle rammeverket som en viktig suksessfaktor.

Invester i begynnelsen

Hensikten med ferdighetene i den første gode vanen er raskt å bygge tillit, senke pasientens skuldre, og å få dannet seg en oversikt over hvilke aktuelle helseproblemer pasienten har. Høflig presentasjon eller vennlig signal om gjenkjennelse er en selvfølge. Litt ikke-medisinsk småprat er en fordel, det krever ikke mange sekundene. I det hele tatt er leger som har vært på kurs, overrasket over hvor mye som foregår i løpet av de første par minuttene. Legen må innlede med et åpent spørsmål, lytte konsentrert og henvendt til pasienten, og skaffe seg oversikt over alt pasienten tror legen kan ordne i det aktuelle møtet. Det er ofte flere ting enn det legen venter. Deretter prioriteres i samråd med pasienten hva det er viktigst å håndtere innen gitt tidsramme, og så kan man gå videre til detaljene. Mange leger tror de mister kontroll over tiden på denne måten, men det er oftere det motsatte som skjer. Uforløste spørsmål fra pasienten blokkerer ofte mottaket av informasjon, og har likevel en lei tendens til å komme mot slutten og forårsake forsinkelser. Spesialisten får allerede i begynnelsen ryddet vekk problemstillinger som ikke er relevant på hans arbeidsområde. I denne fasen må avbrytelser reserveres for persevererende pasienter. Det blir morsommere å være lege når man oppdager at man får mer orden på bruken av tid og bedre anamneser ved å anvende den første gode vanen.

Få frem pasientperspektivet

Hensikten med denne andre gode vanen er å bevisstgjøre legene på å skaffe seg informasjon om hvilke forestillinger pasienten har om sin tilstand og hva som må gjøres, hva pasienten forventer at legen gjør og hvilken innflytelse den aktuelle tilstanden har på livet til pasienten. Forbausende ofte utelates dette. Det vanlige vi ser er at legen, når situasjonen biomedisinsk er noenlunde avklart, går rett til å gi informasjon. Denne faller ofte på steingrunn fordi den er retningslinjebasert, sjablongpreget og ikke tilpasset den enkeltes behov. I liten grad får legen innsyn i forestillinger som kan stå i veien for god etterlevelse av behandlingen. Dessuten har leger, som folk flest, en betydelig tendens til å ha forhåndsoppfatninger om livssituasjon ut fra hvordan pasienten ser ut, snakker og oppfører seg (6). Legearbeidet blir mye mer givende når man tar seg tid til å se mangfoldet, og det oppleves godt for pasienten at legen faktisk spør om hvilke hverdagsvanskeligheter sykdommen eller behandlingen påfører dem.

Vis empati

Empati må ikke forveksles med høflig interesse, og heller ikke med å skape en jovial atmosfære. Antakelig har de fleste legene evne til empati, som innebærer å legge merke til

følelser hos pasienten, gjenkjenne følelsen hos seg selv, og være i stand til å gi uttrykk for den med ord og kroppsspråk. Men i travel praksis ser det ut til at det glipper.

Det har nok flere årsaker. Konsentrasjonen om intellektuelt og ofte praktisk krevende oppgaver tar oppmerksomheten bort fra følelsessfæren. Ikke minst den moderne oppgaven å gi mye korrekt informasjon stiller store krav til legehjernen. Til dette kommer allestedsnærværende krav om dokumentasjon og hyppige avbrytelser fra telefoner, kolleger og assistenter. Men viktigst er kanskje likevel at legene tror det tar for mye tid å vise empati. Og det er galt.

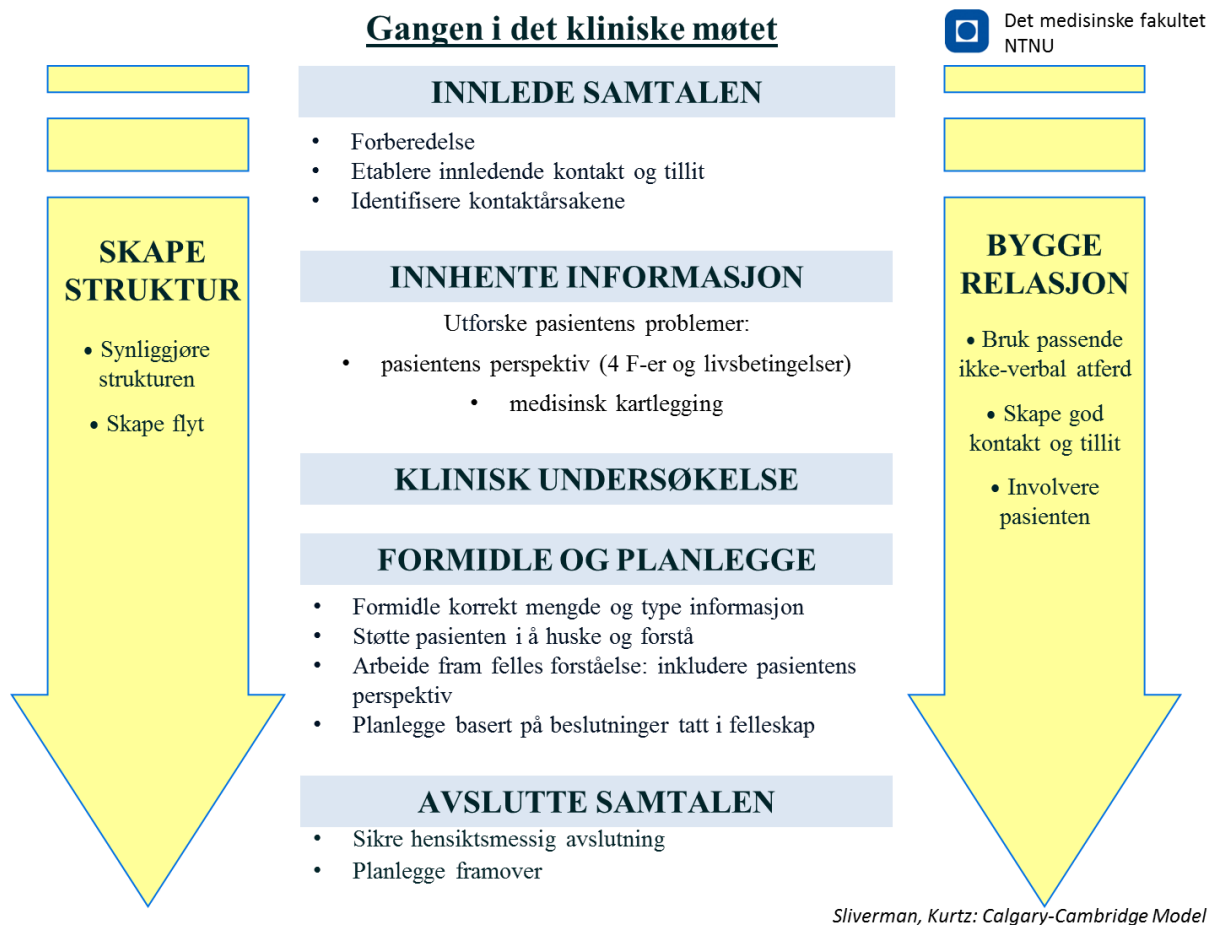
Visst kan det ta tid, men det er ikke regelen. I løpet av en konsultasjon, ofte når legen har vist interesse for pasientens hverdag, dukker det nesten alltid opp en mulighet til å gi et enkelt uttrykk for deltakelse. Det kan være en anerkjennelse (Jeg forstår godt at det må være vanskelig), legitimering (Vi ser mange som har det som deg med dette) eller ros (Det er godt gjort at du holder ut). En støttende berøring tar nesten ikke tid. At slike små utsagn er godt for legen er kanskje ikke innlysende. Men ofte gir de god kontakt og takknemlighet fra pasientens side. Og i en hverdag der vi stadig oftere hører om stress, dårlig arbeidsmiljø og økonomiske innsparinger – er det å kunne være til stede følelsesmessig sammen med en pasient en vederkvegelse.

Invester i avslutningen

Hvor mange har ikke opplevd å skule på klokken og undre på hvordan man skal komme seg ut av konsultasjonen i løpet av de neste to minuttene? Denne vanen handler mest om hvordan man gir informasjon og sikrer etterlevelse av behandlingen. Men det underslås ikke at dette tar tid, fordi man helt og holdent er avhengig av pasientens evne til å ta imot, prosessere og stille spørsmål. Derfor må man begynne avslutningen av konsultasjonen tidlig!

Den fjerde vanen begynner med handikap om ikke man har fått frem pasientperspektivet. Kortfattet forklares rasjonalet i diagnostiske overveielser og ev. behandling. Er det mange elementer, er det en fordel å skrive ned hovedpunktene. Man bør kartlegge hvilke barrierer som står i veien for at pasienten skal klare å gjennomføre sin del av opplegget, og avveie tiltak i samråd med pasienten. Deretter er det tid for oppsummering. Leger gjør ofte det selv. Det er bedre å be pasienten gjøre det, slik at man får oppklart misforståelser. Dette er dessuten en fin begynnelse på selve avslutningen, som ev. inneholder en klar plan for etterkontroll og oppfølging. En ryddig avslutning til planlagt tid er naturligvis en god opplevelse for legen.

D. Eksempel på kommunikasjonsmodell - «Calgary Cambridge»



E. Eksempel på læringsaktiviteter for LIS2/3 og veiledning individuelt og/eller gruppe

For LIS1 er det i all hovedsak foreslått Ferdighetskurset PedKom med for og etterarbeid. Derfor omtales eksempler på læringsaktiviteter for LIS 2/3 for seg selv.

For LIS2/3 vil det være daglig praksis og supervisjons/veiledningssituasjoner som er både læringsarena og læringsaktivitet for kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling og pasient- og pårørendeopplæring. Den praktiske hverdagens utfordringer på disse feltene vil variere mye imellom de forskjellige spesialitetene.

Grappa anbefaler derfor at hver spesialitetskomite utarbeider minst fem problemstillinger som stiller krav til kommunikasjon og profesjonalitet innen det aktuelle fagfeltet (eksempelvis i nefrologi: nyreerstattende behandling; valg av dialyse, dialyse-modalitet, utredning med tanke på nyretransplantasjon, samtale med potensiell frisk nyredonor, avslutning av nyreerstattende behandling).

Men det er også tema innen for eksempel kommunikasjon som vil være gyldige for de fleste spesialiteter, som for eksempel:

Breaking bad news

Samtale med tolk

Samtale med tunghørte

Skriftlig kommunikasjon med andre aktører i helsevesenet (epikriser, henvisninger mm)

Skriftlig kommunikasjon med pasienter

Det legges opp til gruppeveiledning i felles kompetansemoduler også for LIS2/3. Denne veiledningen bør i størst mulig grad tilstrebe at utdanningskandidatene (LIS) skal få tilbakemelding på egen praksis. Eksempler kan være:

- LIS tar opp video av samtale med pasient fra relevant klinisk situasjon (poliklinikk, sengepost, akuttmottak) og viser utdrag i veiledningsgruppen og får tilbakemelding etter ALOBA-modellen.
- pasient inviteres inn i veiledningsgruppen og en av LIS gjennomfører planlagt konsultasjon med veiledningsgruppen som observatører. Veiledningsgruppen observerer og gir tilbakemeldinger etter ALOBA-modellen.
- rollespill mellom LIS og LIS. Den ene LIS spiller rollen som pasient basert på en pasient LIS har møtt, hvor kommunikasjonen ble utfordrende. Den andre LIS spiller rollen som lege. Veiledningsgruppen observerer og gir tilbakemeldinger etter ALOBA-modellen.
- LIS skriver refleksjonsnotat/forteller en pasienthistorie som på en eller annen måte (kommunikasjon, etikk, faglig usikkerhet med mer) var utfordrende. Veiledningsgruppen lytter og gir tilbakemeldinger etter ALOBA-modellen.

- Veileder eller LIS finner fram journaldokument (innkomst, epikrise, notat, attester) som presenteres for gruppen. Veiledningsgruppen lytter og gir tilbakemeldinger etter ALOBA-modellen.

F. Eksempel på spørreskjema til bruk i et web-basert feedbacksystem

Professionalism Assessment Tool

Doctor: _____

Date (mm/yyyy): _____

Program: 1 Emergency Medicine 2 Family Medicine 3 Internal Medicine 4
OB/GYN 5 Surgery

Professionalism is an essential component of medical training and practice- a core value and core competency. The Professionalism Assessment Tool asks you to focus on the extent to which residents/fellows demonstrate behavioral signs of professionalism. Your answers are completely confidential, so please be as open and honest as you can. Please circle your answer for each item below. Thank you very much.

The Resident/Fellow ...	Never	Rarely	About as often as not	Most of the time	Always	No chance to observe
1. Is approachable	1	2	3	4	5	X
2. Is personable and polite	1	2	3	4	5	X
3. Shows compassion and care-	1	2	3	4	5	X
4. Answers questions from patients and families	1	2	3	4	5	X
5. Maintains appropriate behavior with patients and families	1	2	3	4	5	X
6. Shows respect for patients and families	1	2	3	4	5	X
7. Speaks respectfully about patients and families	1	2	3	4	5	X
8. Shows respect for physician colleagues	1	2	3	4	5	X
9. Shows respect for clinical and administrative staff	1	2	3	4	5	X
10. Maintains appropriate behavior with coworkers	1	2	3	4	5	X
11. Communicates clearly and effectively	1	2	3	4	5	X
12. Communicates <u>orders</u> clearly and effectively	1	2	3	4	5	X
13. Controls own emotions and maintains composure	1	2	3	4	5	X
14. Has good hygiene (e.g., washes hands, wears clean clothes)	1	2	3	4	5	X

15. Have you worked with this resident/fellow before? 0 No 1 Yes, but only once 2 Yes, more than once

16. What is your role? 1 APRN 2 Midwife 3 Nurse 4 PA 5 MA

17. What is your site? 1 CCMC 2 HH 3 HOCC 4 SF 5 UCHC

18. What is your setting? 1 Clinic 2 ER 3 Floor/Wards 4 ICU/Critical Care 5 Labor & Delivery 6 OR

Comments:

Copyright© 2013- Gregory Makoul, PhD- All rights reserved- Non-commercial, educational use permitted

Communication Assessment tool (CAT)

Norsk validert oversettelse

Spørreskjema til pasienter: Vurdering av kommunikasjon med lege/behandler

Kommunikasjon mellom pasient og behandler er en veldig viktig del av god behandling. Vi vil gjerne vite hvordan du opplevde kommunikasjonen med din lege / behandler. Dine svar behandles helt fortrolig, så vi oppfordrer deg til å svare så åpent og ærlig som mulig. På forhånd takk for din deltakelse.

		Hvordan opplevde du kommunikasjonen?					
		(sett ett kryss for hvert utsagn)					
<u>Legen / behandleren:</u>		Dårlig	Nokså god	God	Meg et god	Utmerket	Ikke relevant
1	Møtte meg på en måte som fikk meg til å føle meg komfortabel						
2	Behandlet meg med respekt						
3	Viste interesse for mine tanker om min helse						
4	Forstod mine viktigste bekymringer i forhold til min helse						
5	Var oppmerksom (så på meg, lyttet interessert)						
6	Lot meg snakke uten å avbryte						
7	Ga meg den mengde informasjonen jeg ønsket						
8	Brukte ord som jeg kunne forstå						
9	Spurte for å være sikker på at jeg forsto alt						
10	Oppfordret meg til å stille spørsmål						
1	Involverte meg i beslutninger så mye						

1	som jeg ønsket						
1 2	Diskuserte hva som skulle skje videre og eventuelle planer for oppfølging						
1 3	Viste omsorg og interesse						
1 4	Brukte nok tid på meg						

G. Beskrivelse av typiske læringsarenaer for PedKom ferdigheter

I tabellen nedenfor angis en rekke vanlige praksissituasjoner, som også er beskrevet i “Kommunikation med læger og sygeplejersker” (1). For hver av disse er angitt de relevante tema fra rapporten. Listen er tenkt som hjelp både til de som tilrettelegger arbeidet på avdelingen, for veiledere og for LISer: LISen må i passe grad oppnå erfaring med alle disse situasjoner og må – med støtte fra veileder – arbeide med å lære mest mulig fra de erfaringene. Listen er ikke uttømmende og lokale forhold kan ligge til rette for at andre læringsarenaer – som hjemmebesøk eller sykehjem – kan anvendes til å oppnå noen av rapportens læringsmål.

Situasjon	Tema og læringsmål
Visittgang	Kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling, pasientopplæring
Legevakt	Kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling,
Poliklinikken	Kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling, pasientopplæring
Akuttmottaket	Kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling,
Konsultasjon	Kommunikasjon, brukermedvirkning, samhandling, pasientopplæring
Rådføring	Kommunikasjon,
Pauserommet	Kommunikasjon,
Vaktrapport	Kommunikasjon, samhandling,

Risør T. Kommunikation med læger og sygeplejersker. In: Christensen KSC, Søren; Gribsholt, Sigrid Bjerger; Hansen, Tove; Jørgensen, Merete; Pedersen, Birgitte Dahl, editor. Medicinsk kommunikation. København: FADL's Forlag; 2011. p. 155-74.

H. Samlet oversikt over Læringsmål som omhandler å lære gjennom samspill med andre

Evnen til å styrke egen læring har ikke en egen overskrift som de fire tema i rapporten, men flere læringsmål handler likevel om LIS' kompetanse til egen læring og til å lære gjennom samspillet med andre aktører, inklusiv egentlig den uformelle mesterlære som skjer som del av klinisk arbeid. Her er listet alle de læringsmål som angår dette som en hjelp til at LIS og veileder kan diskutere hvordan disse kompetansene oppnås:

En spesialist kan samhandle i tverrfaglige team og benytte samarbeidet til å lære av de andre medlemmenes kompetanse (samhandling, delmål 1).

En spesialist kan reflektere over å være i rollen som mottaker av veiledning (kommunikasjon, delmål 4)

En spesialist kjenner styrker og svakheter i egne kommunikasjonsferdigheter og vet hvordan man kan få tilbakemeldinger og oppdatere sine ferdigheter (kommunikasjon, delmål 6).

En spesialist kan veilede andre i gjennomføring av en pasientsentrert kommunikasjon og gi tilpasset tilbakemelding på andres kommunikasjonsferdigheter (kommunikasjon, delmål 5)

En spesialist har gode ferdigheter i supervisjon og veiledning på individnivå (kommunikasjon, delmål 9).