

Detta dokument är framtaget av SFAMs Nätverk för Konsultation, förankrat och godkänt av SFAMs styrelse, och SFAMs Utbildningsråd. Intentionen är att det kan fungera som ett stöd för Studierektorer för ST, kursgivare och huvudmän.

Kriterier för SFAM-certifierad kurs i Klinisk kommunikation och Konsultation (SOSFS 2015:8 samt HSLF-FS 2021:8)

- **Lärandemål med progression**

Att kunna tillämpa den patientcentrerade konsultationsmetoden i dess kronologiska tre steg, genom att kunna ta till vara innehållet i Patientens del för kliniskt tänkande i Läkarens del, samt till samverkan i pedagogisk dialog i Gemensam del.

1) att efter kursens första del kunna visa tillräcklig kunskap och förståelse för metoden för att kunna träna den i klinisk praktik (= att kunna beskriva, förklara, analysera och ge återkoppling på patientcentrerad konsultationsmetodik).

2) att vid uppföljningstillfället, efter träning i klinisk praktik, kunna tillämpa patientcentrerad konsultationsmetodik enligt 3-stegsmodetoden (både när det gäller nybesök med avgränsad sökorsak, som vid kronisk sjukdom/multisjuklighet/återbesök).

3) att kunna visa förmåga att reflektera över det centrala/avgörande i patientcentrerat arbetssätt, och där identifiera vad som fungerar och vad som skulle kunna göras annorlunda tillsammans med den egna känslans betydelse för handlingsberedskap.

- **Pedagogisk form**

Dokumenterad förståelse i form av skriftlig reflektion över några centrala patientcentrerade artiklar rekommenderas innan kursstart.

Problem-/ och upplevelsebaserat lärande med hjälp av evidensbaserad återkopplingsteknik, under kurs och i klinisk praktik.

Beprövad pedagogisk erfarenhet inom patientcentrering och motiverande intervju, talar för att förstärka lärandeprocessen med att träna utifrån tre perspektiv – som läkare, som patient ("tänk om det vore jag") och som återkopplare. Evidensbaserad återkoppling karakteriseras av ett överenskommet mål som kan beskrivas tillräckligt väl, för att sedan återkoppling skall kunna ges etappvis, icke värderande, konkret och kopplat till funktion. Återkoppling är en process som börjar med att förstärka det väl fungerande, för att därefter identifiera det som kan göras annorlunda framöver och testa det. Ref 2, 3, 5

Mångårig beprövad erfarenhet har visat att ljud-/eller videoinspelning från egen praktik är det bästa sättet att träna under återkoppling; egen, av kollega och av handledare.

Beprövad erfarenhet talar för att kurstid, oavsett samlad eller utspridd, är minimum 4 dagar. Samt att 5-8 deltagare/kurshandledare är optimalt. Antalet är beroende på kurstid; kortare kurs kräver färre deltagare per grupp för att träningsmomentet ska kunna uppfyllas. Kurshandledare ska vara kontinuerligt närvarande i gruppen, för kontinuerlig återkoppling.

- **Kurshandledarkompetens**

Ovanstående ställer krav på kurshandledare-/lärare som måste vara kliniskt erfaren läkare som använder arbetssättet i egen praktik. Samtidigt som vederbörande också behöver pedagogisk kompetens i problembaserat/upplevelsebaserat lärande, samt att leda en grupp. Kompetensen (efter avslutad kurs) som eftersträvas för kursdeltagaren, är färdighetskunskap i klinisk praktik-det är där den först kan återkopplas och bedömas.

- **För Godkänd kurs**

Reflektion av artiklar. Aktiv medverkan på kursen, och av handledare värderad utveckling efter **formativ** bedömning och återkoppling. (Formativ bedömning är den kontinuerliga bedömningsprocess där adepten får en förståelse för vad som ska läras, och där läraren genom sin bedömning anpassar (formerar) undervisningen så att den bättre möter adeptens inlärningsbehov.) Godkänt arbetsprov efter avslutad kurs i form av en ljud- /videoinspelad konsultation från egen klinisk praxis, enligt reflektionsmall kopplat till lärandemål.

Kort referenslista

- 1) Van Dalen J et al Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years *Med Teacher* Vol 23, No.3,2001.
- 2) John Norcini & Vanessa Burch (2007) Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31, *Medical Teacher*, 29:9-10, 855-871, DOI: 10.1080/01421590701775453 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/01421590701775453>
- 3) Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007; 77:81-112. 30.
- 4) Hedberg C. Patientcentrering – bra för både patient och läkare. *Läkartidningen* 2020; 117: 20056.
- 5) Larsen J-H. Patientsamtalet – handbok i mötet mellan patient och läkare. Lund: Studentlitteratur, 2015/2023.

Note 1 def. pc 1 Patientcentrering; definition av Moira Stewarts, BMJ 2001: "The patient centered method explores the patients 'main reason for the visit concerns and need for information seeks integrated understanding of the patients world finds common ground for what the problem is and mutually agrees on management"

Bilaga 1

Rekommendationer

Förslag vid nyrekrytering av kurshandledare

1. Kriterier: Läkare som själv genomgått konsultationskurs enligt ovanstående, är kliniskt verksam och tillämpar metoden i egen praktik. Personlig lämplighet.
2. Ny kurshandledare (N) får som uppdrag inför första kursen, att göra samma förberedelse/inläsning som aktuella kursdeltagare. Därefter spela in ett eget patientmöte samt fylla i återkopplingsmall avseende reflektion på egen inspelad konsultation, för bedömning och återkoppling från av senior kurshandledare.
3. N tar del av "sin" grupps reflektioner på artiklar och diskuterar det med senior lärare.
4. N gör medsittning med senior kursledare på Konsultationskurs. Under kursen handleder N några videokonsultationer, samt få återkoppling av senior lärare. Extra handledning ges mellan sessioner.
5. Nästa kurstillfälle ansvarar kurshandledaren själv för en grupp, med senior lärare med som stöd.
6. Bedömning av förmåga till ändamålsenlig återkoppling på lärandemål (på ST -läkares reflektion) bör kunna tränas och bedömas av senior handledare.

Bilaga 2

Lärandemål enligt SOLO Miller Bologna, nomenklatur för högre utbildning för att kunna jämföra innehåll och kvalitet

Lärandemål enligt Bologna beskrivs utifrån tre kunskapsformer:

- A. Att förstå (kunskap och förståelse)
- B. Att kunna göra (färdighet)
- C. Att förhålla sig till (förhållningssätt)

Lärandemålen skall vara preciserade:

När det gäller kunskap och förståelse används vanligen följande verb från grundnivå till avancerad nivå med ett inledande "Att kunna " t.ex. "Att känna till" se nedan.

känna till, identifiera, beskriva, redogöra för, förklara, analysera, testa, argumentera, kritiskt granska, förutsäga.

reflektera t.ex. att kunna beskriva den centrala eller avgörande i budskapet eller företeelsen och kritiskt granska underlaget samt tänka om vad det kan ha för betydelse i eget kunnande.

När det gäller färdighet:

- känna till, känna till hur man utför
- kunna visa hur man utför
- kunna utföra självständigt

När det gäller förhållningssätt:

- Förhållningssätt d.v.s. en reflektion och sedan ett val.
t.ex. Fönstermodellens känsla: självreflektion över egen känsla och handlingsberedskap

Examinationsformer, exempel:

- kunskapstest (MC MEQ)
- reflexionsuppgift-enskilt
- analys och diskussion med alternativa lösningar på problem-i grupp
- bedömning (OSCE (objective skill clinical examination WPBA working place based assessment) med Video alt Ljudband)

Bilaga 3:**Referenser**

Patientlagen 2015 § 5 Delaktighet.

Nationella Patientenkäten. Sveriges Kommuner och Landsting. SKL 2018

Docteur E; Coulter A. Patientcentredness in Sweden's health system-an external assessment.

Vårdanalys 2012.

Langewitz et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic; cohort study.

BMJ 2002; 325 (7366): 682-3. *Läkare tränades i att inte avbryta patienten under konsultationens inledning varvid man fann att patientens spontana berättelse i medeltal tar 92 sek; 75 % av patienterna är klara inom 2 min. De patienter som tog 5 min hade väsentlig information att ge läkarna.*

Dwinnell B, F Platt. Invite, listen, and summarize: a patient-centered communication technique

Academic Medicine, 2005; 80: 29-32. *ILS was developed to combat the high-physician-control interview techniques, characterized by a series of "yes" or "no" questions. Summaries permit the student to review the story with the patient, allowing for correction or embellishment. The therapeutic value of a sense of being understood and the chance of involving the patient in the development of the story. The use of summaries is the most difficult to accept and learn as it seems foreign to their everyday language. The use of summary reduces need to take notes.*

McKinley RK, Middleton JF What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. Br J Gen Pract. 1999 Oct;49(447):796-800.

Undersökningen visade att patienter har förberedda speciella önskemål inför läkarbesöket, nästan alla har frågor som de vill ha besvarade, 55 % önskade speciell behandling, 60% hade egna ideer föreställningar om vad som orsakat deras besvär och 40% en speciell oro runt sitt problem som de önskade få besvarade.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 1999 Sep 8; 282(10):942-3.

Consequences of incomplete initial descriptions includes late-arising concerns and missed to gather potentially important patient data. Soliciting the patient's agenda takes little time and can improve interview efficiency and yield increased data.

CA, Bradley, Britten N, Stevenson FA, Barber N Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ. 2000; 320(7244):1246-50.

Bara en fjärdedel av 35 djupintervjuade patienter hade redogjort för sin hela agenda vid besöket. I de besök som blev problematiska var det alltid en icke uttalad agenda som var huvudorsaken till problemen

Henbest R, Stewart M. Patient-Centeredness in the Consultation. 1: A Method for Measurement.

Family Medicine 1989. Volume 6, Issue 4 pp 249-53.

Towle A, Godolphin W. BMJ. Framework for teaching and learning informed shared decision making.

BMJ. 1999 Sep 18; 319(7212):766-71.

Coulter A Patients information and shared decision- making in cancer care. Br J Cancer 2003; 89:15-

16. *Slutsatsen var att patienten måste få ges utrymme att uttrycka sin inställning till behandling och läkare tränas i "shared decision making" vilket skulle innebära stora vinster för patienten och vården.*

Coulter A. After Bristol: putting patients at the center. Qual. Saf Health Centre 2002; 11:186-8.
Information och involvering av barn och föräldrar är grunden för adherence och bättre health outcome för hjärtskirurgibarn.

Stewart M et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam. Pract 2000; 49(9): 796-804. *Patientcentrering med focus på "common ground" korreleras till mindre besvär, oro samt färre laboratorieprover och remisser.*

Little P et al. Observational study of effect of patientcentredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001; 323(7318): 908-11. *Patientcentrering visade sig ha korrelation till mindre symptom 1 mån efter besöket. Vid icke patientcentrering är patienten mindre nöjd, har mer symptom, och remitteras oftare vidare.*

Matthys J .Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract. 2009; 59(558): 29–36. *An association was found between the presence of concerns and/or expectations, and less medication prescribing.*

Ekman I, Wolf A et al Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study *European Heart Journal* (2012) 33, 1112–1119

Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154(12): 1365-70.
En deskriptiv studie av anmälningssärenden. Grunden för anmälan var I 32 % att patienten upplevt sig övergiven, 29 % en nedvärdering av patienten eller dennes familjs inställning; 26 % att ha gett dålig information; 13 % misslyckande med att förstå patienten eller dennes familj.

Van Dalen J et al Teaching and assessing communication skills in Maastricht :the first twenty years
Med Teacher Vol 23,No.3,2001.

Larsen J-H, Hedberg C. Om att vara handledare. Allmänmedicin 2008/3; 29: 9-15.'

Larsen J-H, Neighbour R. Five Cards – a simple guide to beginning the consultation. Br J Gen Pract 2014; 64: 150-51.

Larsen J-H, Nordgren G. Improving patient-doctor communication through the use of 'receipts'.
Educ Prim Care <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1483210>

Larsen J-H, Nordgren G, Ahlkvist J, Grafström J. Helping doctors to improve the 'Patients Part' of the consultation using the 'Macro-Micro supervision' teaching method. Educ Prim Care. DOI: 10.1080/14739879.2019.1565926.

Larsen J-H, Kirkegaard HT, Nordgren G, Ahlkvist J. Identifying existential concerns as an analytical tool: an eye opener for the doctor. Educ Prim Care <http://doi.org/10.1080/14739879.2020.1729251>

Hedberg C. Patientcentrering – bra för både patient och läkare. Läkartidningen 2020; 117: 20056.

Larsen J-H. Patientsamtalet – handbok i mötet mellan patient och läkare. Lund: Studentlitteratur, 2023.