
Kommunikation

- en bro mellem medicin og individ?



Ann Louise Jul Christiansen | Kristina Udholm Højen Larsen
Speciale i Interpersonel Organisationskommunikation
Aalborg Universitet 2012 | Vejleder: Helle Alrø

Kommunikation

- en bro mellem medicin og individ?

Aalborg Universitet

Maj 2012

Speciale

Vejleder: Helle Alrø

226.921 tegn | 94,6 normalsider

Ann Louise Jul Christiansen

Kristina Udholm Højen Larsen

Forord

Da dette speciale omhandler et tværfagligt og tværfakultært projekt i vil gerne rette en stor tak til forskerne på Center for Dialog og Organisation, Medicinstudiet og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet for godt samarbejde. Vi vil gerne takke for de mange møder og seminarer vi har fået lov at deltage i gennem specialet, det har både været interessant, lærerigt og uundværligt for processen i specialet.

En særlig tak vil vi dog henvende til vores vejleder, Helle Alrø, for at guide os gennem skriveprocessen med præcis og konstruktiv kritik, yderst motiverende vejledning og for at være en glimrende fældevogter.

Indhold

Indledning.....	10
Problemfelt.....	13
Præsentation af empirisk baggrund.....	18
Vores metodologiske rammesætning.....	24
Hermeneutisk metodologi.....	24
Hermeneutikken i vores speciale.....	27
Hermeneutik og validering af resultater.....	27
Pragmatisk sprogbrugsanalyse.....	28
Roman Jakobsons kommunikationsmodel.....	29
Et andet perspektiv og metodisk fremgangsmetode.....	33
Analyse.....	36
Analyse af kommunikationssituationer – en analyseramme.....	37
Teaching communication skills.....	37
Learning communication skills.....	40
To kommunikationssituationer – og hvad så?.....	41
Analyseopdelinger.....	41
Analyse af ”Teaching and Learning Communication Skills in Medicine”.....	44
Praksis.....	45
Kommunikation.....	47
Undervisning.....	52
Generelle antagelser – en opsamling til første analysedel.....	70
Analyse af Calgary-Cambridge modellen.....	74
Analyse af de grundlæggende principper for Calgary-Cambridge modellen..	75
Analyse af Calgary-Cambridge modellen.....	79
Diskussion.....	96
At sælge kommunikation.....	96

Teoretiske antagelser	97
Skal færdighederne ikke uddybes	98
Kommunikation og personlighed	99
Tjekliste	99
Passende kommunikation og subjektivitet	100
Yderligere betragtninger	101
Kommunikationsforståelse	102
Menneskesyn	103
Videnskabsteoretisk fundering	103
Grundlæggende teoretiske og metateoretiske antagelser	104
Konsekvenser for praksis – en opsamling	104
Et perspektiverende afsnit	108
Kommunikationsforståelse	108
Deres forståelse.....	108
Vores forståelse.....	108
Carl Rogers' kommunikationsforståelse	110
Udfordring af Calgary-Cambridge konceptet	110
Muligheder	111
Hvor er der mangler og hvordan løser vi disse	111
Opsamling.....	113
Konklusion	116
Litteraturliste.....	120
Ansvarsliste	121
English Summary	122
Bilag	124
Bilag 1: Calgary-Cambridge modellen	124

Indledning

Indledning

Dette speciale omhandler et tværfagligt og tværfakultært projekt, kaldet Sunde Samtaler, som har fokus på udvikling af lægefaglige kompetencer indenfor kommunikation. Det er et samarbejde mellem forskerne på Center for Dialog og Organisation på Aalborg Universitet og os studerende på IPOK (interpersonel organisationskommunikation) linjen på kommunikation, som i samarbejde med medicinstudiet og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, skal udvikle eller videreudvikle et kommunikationstræningskoncept til medicinstuderende på Aalborg Universitet. Derfor ønsker vi med vores speciale at bidrage til dette projekt, og bidrage til en konceptudvikling af kommunikationstræningen.

De fleste af os har, som patient, på et eller andet tidspunkt prøvet at føle os overset. At føle, at man ikke bliver hørt, og at ens behov og følelser ikke imødekommes. I en sådan situation kan der forekomme utallige misforståelser og gnidninger, der måske kunne undgås med en anden tilgang til patienterne og deres behov for kommunikation og forståelse. Men hvad sker der, når behov, både fysisk, kognitivt og emotionelt, skal tilgodeses i en kontekst, der ofte handler om liv og død og tidsmæssige faktorer? Dette er tilfældet i forholdet og kommunikationen mellem en læge og en patient. Kommunikation mellem læge og patient er en nødvendighed for at finde ud af, hvad patienten fejler og dermed udredning af symptomer. Men samtidig tyder flere undersøgelser af patientklager på, at kommunikationen også er vigtig for patientens opfattelse af et behandlingsforløb, der ofte vil være præget af, om denne selv synes at have fået fyldestgørende information og rådgivning, og ikke mindst om patienten blev lyttet til.

Der er på Aalborg Universitet på medicinuddannelsen indlagt moduler af kommunikationstræning på alle semestre, hvor uddannede læger underviser de studerende. Der er derfor øje for det store behov for kommunikation, og det er her, de fremtidige læger har mulighed for at opnå kompetencer, der kan ruste dem i læge-patient kommunikationen. Det er samtidig her, at der er bedst mulighed for at ændre på kommunikationen i praksis, og gennem formning af undervisningens indhold styrke lægers evner til at kommunikere med en patient. Vi har gennem Sunde Samtaler og vores speciale mulighed for, at bidrage med vores syn på kommunikation, nemlig vores humanistiske syn, som kan tilføjes til undervisningen og styrke lægernes efterfølgende praksis i hverdagen.

Læger kritiseres ofte for ikke at tage samtalen med patienten tilstrækkeligt alvorligt og for manglende evne til at håndtere dialogen med patienten på en måde, der imødekommer patientens forventninger og behov, og mange patientklager udspringer af manglende eller dårlig kommunikation [Silverman m.fl., 2005: side 14]. Det er derfor ingen hemmelighed, at kommunikationen mellem læge og patient er central. Til trods for at vi ved, hvor vigtig kommunikationen er, har vi gennem samtale med

undervisende læger erfare, at de fleste læger er selvlærte i kommunikation. Dertil kommer, at de undervisende læger, hovedsageligt trækker på erfaring og i mindre grad kommunikative og emotionelle kompetencer i deres undervisning. De nyuddannede læger, får derfor for få teoretiske kommunikative kompetencer, især på det menneskelige plan. For nogle mennesker falder det naturligt at kommunikere, men langt fra de fleste har en dybere forståelse for kommunikation. Derfor kan store emner som liv, sygdom og død, være svære at håndtere for mange, og de har derfor brug for en forståelse af kommunikationens vigtighed. Dette gælder især unge nyuddannede læger, da de ofte havner i situationer hvor de netop skal håndtere og kunne kommunikere omkring de store følelser. Dette er en svær situation, når de ikke har lært, hvordan man håndterer de store følelser, og når de heller ingen erfaring har, som de kan trække på, bliver det en næsten umulig opgave. Derfor er det vigtigt at lægerne opnår nogle kommunikative og menneskelige kompetencer, som et led i deres uddannelse. Kompetencer der kan hjælpe dem med, at skabe en bedre kontakt til patienten, og dermed får lettere ved at håndtere situationer som for eksempel involverer emotionelle situationer. De lægestuderende modtager kommunikationsundervisning løbende gennem deres studie, og det er her, de kommende læger kan opnå dette kendskab. Det er derfor vigtigt, at denne undervisning giver de kommende læger de pågældende kompetencer, så nyuddannede læger får en forståelse af kommunikation på et højere niveau.

Det er med udgangspunkt i en opfattelse af, at vi kan bidrage med et andet perspektiv til denne undervisning, som måske kan hjælpe kommende læger med at blive bedre til at kommunikere på et menneskeligt plan, at vi ønsker at gå ind til denne opgave. Samtidig er det også en nysgerrighed omkring hvad medicinstudiets nuværende kommunikationsundervisning og kommunikationsforståelse bygger på. Det er dog også med stor respekt for den medicinfaglige viden, som vi ikke har, og den erfaring, som de praktiserende - og undervisende læger kan bidrage med i kommunikationsundervisningen. Derfor er det vigtigt for os, at vi netop indgår i et samarbejde, der tilgodeser de kliniske behov, der er pålagt undervisningen og ikke mindst kommunikationen. Derfor har vi valgt at tage udgangspunkt i deres brug af Calgary-Cambridge modellen, der er konceptet for den kommunikationstræning, de studerende indgår i på nuværende tidspunkt. Calgary-Cambridge modellen er en evidensbaseret model for kommunikationstræning, der anvendes på lægestudiet under den kliniske uddannelse i flere forskellige lande [Silverman m.fl., 2005: side 43].

Modellen bygger på en manual udviklet i 1998 af Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz og Juliet Draper og senere revideret i 2005. Et af grundprincipperne i modellen er, at det er centralt at indlæring af specifikke kommunikationsfærdigheder, skal trænes i tæt sammenhæng med andre kliniske færdigheder [Silverman m.fl. 2005: side 7]. Modellen knytter kommunikationsfærdigheder som nonverbal kommunikation,

indhentning af information på den rette måde og udvisning af empati til kliniske færdigheder samt undersøgelser og diagnosticering af patienten. Ifølge forfatterne bag denne bog, er modellen baseret på en række evidensbaserede samtaleteknikker, som dokumenterer at forholdet mellem læge og patient, og dermed i sidste ende behandlingen, forbedres hvis disse teknikker implementeres i det lægefaglige arbejde. Den er todelt på den måde, at der i punktform beskrives en struktur for samtalen med patienten, hvor der sideløbende opstilles kommunikative redskaber, der skal styrke udredningen og samtidig opbygge et forhold til patienten. Ved at tilgodese de allerede opstillede medicinske og kliniske punkter, har vi mulighed for, i vores konceptudvikling at tage hensyn til de medicinske og udredningsmæssige faktorer, der spiller ind i kommunikationen, og samtidig respektere den medicinfaglige tilgang og erfaring i kommunikationen. Vi er klar over, at der er mange ting vi ikke ved om medicin, og at vores tilgang til denne verden er af beskeden og ydmyg karakter, men samtidig mener vi, at vi kan bidrage med kommunikativ og emotionel forståelse, som kan være med til at forbedre den nuværende kommunikationsundervisning på Aalborg Universitet.

Calgary-Cambridge guiden, som de selv kalder den, er lavet og opstillet i punktform og prioriterer struktur [se Præsentation af empirisk baggrund side 18]. Modellen viser hvordan lægen skal kommunikere med patienten i forhold til samtals struktur og indhold. Der benyttes sætninger som for eksempel "indhent patientens navn" og "udvis en passende mængde non-verbal kommunikation". Dette er eksempler på den strukturerede punktlig opstilling af faser i kommunikationen. Vi er forundrede over, og betaget af, denne kliniske opstilling af noget, der for os er langt mere nuanceret. Og der uddybes ikke, hvad der menes med de enkelte begreber, samt hvilken emotionel indflydelse dette menes at have på patienten.

Vi har undervejs i vores forberedelse haft i fokus, at vi ønsker at *opfinde* et kommunikationskoncept for medicin. Men det er nyt for os at tænke, at vi potentielt har mulighed for at *udfordre* eller *bygge videre* på noget, der måske allerede fungerer. Det er en spændende tankegang, som for os giver mening i forhold til, at respektere den måde de arbejder på, på medicin, men samtidig også at bidrage med noget viden og faglighed, der kan bruges i den menneskelige kontakt mellem læge og patient. Vi har således påtænkt en todelt opdeling af specialet, med fokus på henholdsvis undersøgelse, afdækning og på udfordring og udvikling. Dette vil vi uddybe i følgende afsnit om problemfelt.

Formålet med dette speciale er derfor, at undersøge baggrunden for Calgary-Cambridge konceptet. Vi vil foretage en analyse af Calgary-Cambridge konceptets teoretiske grundantagelser, der ligger bag udviklingen af modellen. Dette vil give os et indblik i, hvad konceptet og modellen bidrager med til kommunikationstræningen af de

medicinstuderende, og hvilke grundholdninger og grundsyn dette koncept udgøres af. I gennemgangen af modellen vil vi undersøge hvad, der ligger til grund for de enkelte punkter i modellen, samt fremstillingen af disse. På denne måde kan vi afdække hvilke kommunikative færdigheder, der lægges vægt på i modellen.

Problemfelt

Gennem dette speciale ønsker vi som sagt, at opnå et indgående kendskab til det nuværende koncept for undervisning på medicin. Dette ønsker vi at gøre, ved at få indblik i hvordan Calgary Cambridge konceptet er opbygget, for dermed at kunne redegøre for det grundsyn, der danner baggrund for dette. Det er ydermere vores hensigt at bidrage med et andet perspektiv til dette grundsyn, og dermed udfordre det. Det er vigtigt for os at forstå det nuværende koncept, og herudover at bidrage med input, der kan gøre en forskel for den måde undervisningen forløber i fremtiden. Vores undren er baseret på, hvordan den klinisk metodiske koncept egentlig er opbygget og på hvilket grundlag, og på hvorledes vi kan udfordre dette.

Det er med baggrund i disse tanker, at vi har opstillet følgende problemformulering:

Hvilke teoretiske antagelser ligger til grund for Calgary-Cambridge konceptet, og hvordan kan det udfordres og udvikles fra et humanistisk kommunikationsperspektiv?

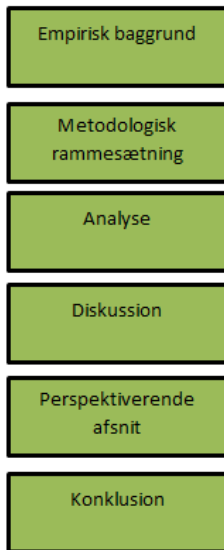
Udgangspunktet for at kunne svare på denne problemformulering er, at vi ønsker at fremme forståelsen for Calgary-Cambridge konceptet. Dette kræver en grundig analyse og gennemgang af Calgary-Cambridge konceptet og teorien omkring dette. Denne gennemgang skulle gerne give os en forståelse for, og et indblik i tankerne bag denne måde at kommunikationstræne og undervise på. Dette vil hjælpe os til at se Calgary-Cambridge modellens styrker, og hvor der er plads til udfordring set ud fra vores humanistiske tankegang.

Først vil vi dog præsentere de enkelte faser i specialet, der skal lede os mod besvarelsen af ovenstående problemformulering.

Specialets struktur

Specialets struktur

Specialet er bygget op omkring en undersøgelse og analyse af Calgary-Cambridge konceptet, og en efterfølgende perspektivering med henblik på udfordring af konceptet. I det følgende vil vi derfor illustrere vores praktiske opbygning af specialet, med henblik på de forskellige faser vi inddrager til at svare på problemstillingen. Dette udmønter sig i følgende model:



Vi vil indledningsvist præsentere vores empiriske grundlag for analysen, ved at præsentere Calgary-Cambridge modellen og bogen bag denne undervisningsmetode. Denne præsentation vil give et kort indblik i, hvad Calgary-Cambridge konceptet dækker over i praksis på medicinuddannelsen, og danne baggrund for vores videre analyse.

I vores efterfølgende metodologiske rammesætning, vil vi danne en ramme for specialet, ved at beskrive dets videnskabsteoretiske kontekst og vores metodiske valg i gennem specialet. I det videnskabsteoretiske afsnit, vil vi beskrive den ramme, vi har sat for arbejdet med undersøgelsen af konceptet. Videre i den metodologiske rammesætning vil vi uddybe vores analysemetode, og hvilken fremgangsmetode vi rent praktisk, vil benytte i analysen af Calgary-Cambridge konceptet.

Herefter følger analysen, som overordnet vil blive delt i to: analysen af de bagvedliggende principper og antagelser for Calgary-Cambridge konceptet, samt analyse af Calgary-Cambridge modellen, som er den model, der bruges i undervisningen. Disse analyser vil tilsammen give os et svar på, hvilke grundlæggende antagelser, der ligger bag konceptet, og dermed besvare den første del af problemformuleringen. Dette vil vi følge op på i et diskussionsafsnit efter analyserne.

Efter diskussionen følger et perspektivafsnit. Her vil vi søge at besvare anden del af problemformuleringen, som vedrører, hvordan de grundlæggende antagelser kan udfordres fra et kommunikationsfagligt perspektiv. Her vil vi inddrage en kommunikationsforståelse og en anden vinkel på de i analysen identificerede antagelser. Vi vil gennem et nyt perspektiv forsøge at udfordre det nuværende koncept.

Efter vores perspektivafsnit vil vi samle op på de enkelte besvarelser og dermed i konklusionen endeligt besvare problemformuleringen.

I det følgende afsnit vil vi uddybe vores empiriske baggrund og dermed også baggrunden for analysen.

Præsentation af empirisk baggrund

Præsentation af empirisk baggrund

I det følgende afsnit vil vi beskrive vores empiri, med henblik på at skabe et grundlag for videre metodiske overvejelser og analyse. Afsnittets primære funktion vil være at beskrive de enkelte dele og elementer i Calgary-Cambridge Modellen, samt baggrunden for hele konceptet. Oplysningerne om dette, er hentet fra bogen *"Teaching and Learning Communication Skills in Medicine"*, som er bogen bag hele konceptet og modellen, og vil være objektet for vores analyse. Der findes to bøger omkring Calgary-Cambridge konceptet, nemlig *"Teaching and Learning Communication Skills in Medicine"* og *"Skills for communicating with patients"*. Vi har som sagt valgt at tage udgangspunkt i *"Teaching and Learning Communication Skills in Medicine"*, da denne omhandler principperne bag konceptet samt de grundlæggende antagelser.

"Skills for communicating with patients" er mere praktisk orienteret og handler om hvordan undervisningen foregår, men da det er principperne bag, og de grundlæggende antagelser vi ønsker at arbejde med, har vi valgt ikke at inddrage denne.

Calgary-Cambridge konceptet er et evidensbaseret koncept, som anvendes i kommunikationstræning på lægestudiet under den kliniske uddannelse i flere forskellige lande. Konceptet bygger på en manual udviklet af Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz og Juliet Draper i 1998 og senere revideret i 2005. Et af grundprincipperne i Calgary-Cambridge manualen og konceptet er som sagt, at det er centralt at indlæring af specifikke kommunikationsfærdigheder skal trænes i tæt sammenhæng med andre kliniske færdigheder (Silverman m.fl., 2005: side 7).

Calgary Cambridge konceptet baserer sig på, at indlæring af specifikke kommunikationsfærdigheder skal trænes i tæt sammenhæng med udvikling af andre kliniske færdigheder. Dette kommunikations-træningskoncept og laboratorium giver mulighed for, at de medicinstuderende også kan afprøve forskellige selvoplevede kommunikationsdilemmaer gennem situationsspil med professionelle skuespillere. Feedback på de enkelte situationer vil blive givet undervejs og ved afslutning på seancerne.

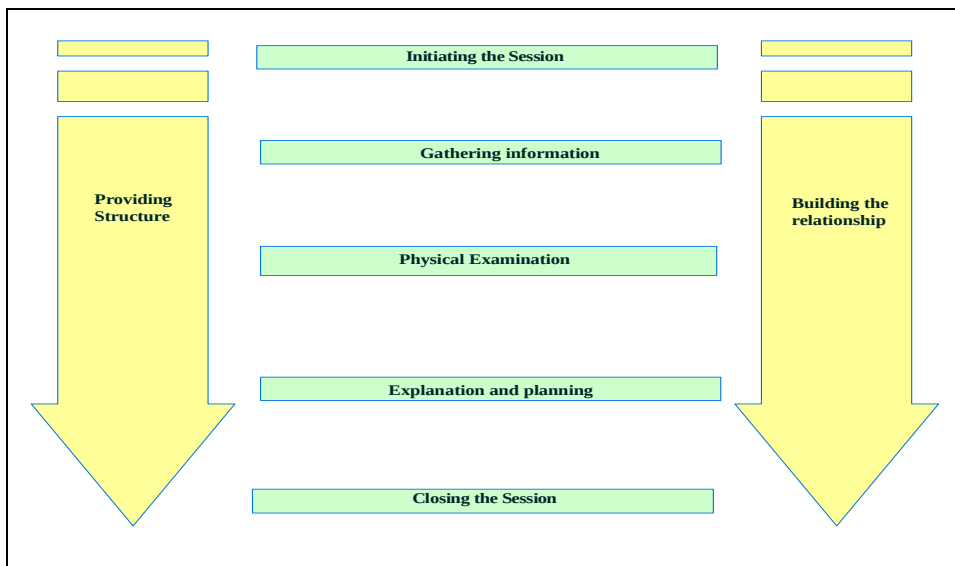
Ifølge forfatterne baserer konceptet sig på en række evidensbaserede samtaleteknikker, der dokumenterer, at forholdet mellem læge og patient og dermed i sidste ende behandlingen forbedres, såfremt disse teknikker implementeres i det lægefaglige arbejde.

Vi vil i det følgende redegøre for, de grundelementer der ligger bag brugen af Calgary-Cambridge modellen med udgangspunkt i ovennævnte bog.

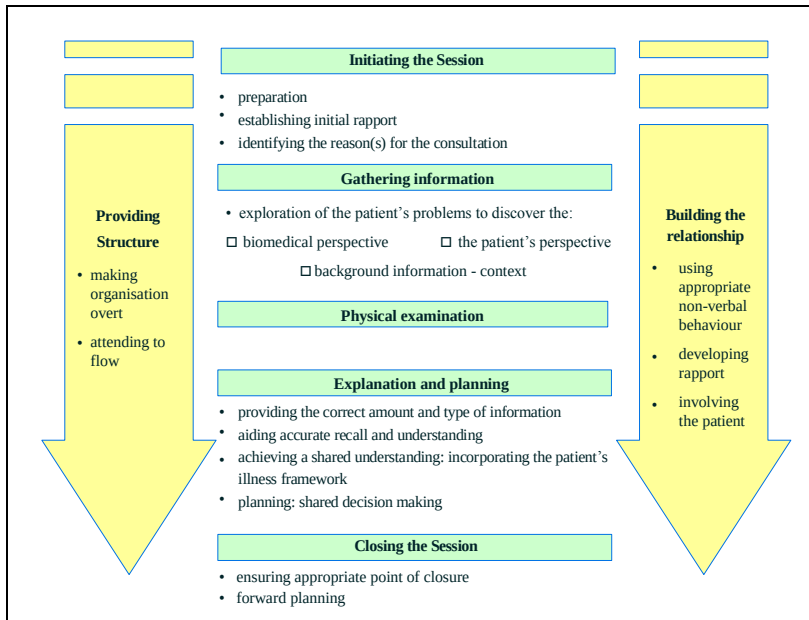
Modellen knytter kommunikationsfærdigheder som nonverbal kommunikation, indhentning af information på den rette måde, og udvisning af empati til kliniske færdigheder som undersøgelser og diagnosticering af patienten.

Selve modellen er opbygget således, at der er opstillet 71 punkter, som viser overskrifterne for samtalen og de overordnede punkter. Der er i henhold til modellen udviklet tre diagrammer, som er en del af modellen, og som visuelt og konceptuelt skal indføre kommunikationsevner og placere dem i en omfattende klinisk metode. De tre diagrammer vil være vist og kort beskrevet i nedenstående:

THE BASIC FRAMEWORK er en repræsentation af den medicinske konsultation i en meget forenklet udgave, og er grundlaget for den egentlige guide. Heri er opstillet en række hovedemner, som skal indgå i konsultationen (Silverman m.fl., 2005: side 40):



THE EXPANDED FRAMEWORK er mål der skal nås igennem den medicinske konsultation, og en udbygget version af basismodellen. Her er der tilføjet opbygning af forhold til patienten og struktur, som to forhold lægerne skal inddrage i konsultationen udover hovedpunkterne (Silverman m.fl., 2005: side 41).



AN EXAMPLE OF THE INTER-RELATIONSHIP BETWEEN CONTENT AND PROCESS er eksempel på sammenhængen mellem indhold og proces (indsamling af oplysninger). Dette er en forenklet udgave af de uddybende 71 punkter, som viser, hvad der overordnet skal fokuseres på i Calgary-Cambridge modellen rent indholdsmæssigt og strukturelt (Silverman m.fl., 2005: side 42):

Gathering Information

Process Skills for Exploration of the Patient's Problems

- patient's narrative
- question style: open to closed cone
- attentive listening
- facilitative response
- picking up cues
- clarification
- time-framing
- internal summary
- appropriate use of language
- additional skills for understanding patient's perspective

Content to Be Discovered

the bio-medical perspective (disease)

sequence of events
symptom analysis
relevant systems review

the patient's perspective (illness)

ideas and beliefs
concerns
expectations
effects on life
feelings

background information - context

past medical history
drug and allergy history
family history
personal and social history
review of systems

I forlængelse af ovenstående diagrammer, følger de 71 punkter, som er selve modellen for konsultationen, og som er opdelt efter ovenstående diagrammer og deres hovedpunkter. Disse punkter udgør konsultationen, og de faser lægen skal i gennem. Det er dog ifølge forfatterne ikke nødvendigt at gennemgå alle punkterne, og derfor op til den enkelte læge og underviser, at vurdere hvilke der er vigtige. De 71 punkter er illustreret i bogen (Silverman m.fl., 2005: side 44), men vi har i bilag illustreret en forsimplet udgave af modellen.

Det, der kendetegner modellen er, at punkterne er opstillet som en overskrift og meget kort defineret. Der er en del kommunikationsfaglige udtryk under de enkelte punkter, men disse er ikke uddybet yderligere. Derudover er de enkelte fagudtryk knyttet til faserne, som lægen skal igennem i en patientkonsultation, eksempelvis "Spørg til yderligere problemer, følelser og så videre." hvortil der er knyttet eksempler på

kommunikationshjælpemidler som nonverbal kommunikation (dog ikke hvilken slags). I siderne på modellen er der overordnede ting, som lægen skal huske løbende: at opbygge forhold til patienten og sørge for struktur.

Calgary-Cambridge modellen er altså baseret på, at kommunikation skal læres, og vigtigst af alt, trænes i forbindelse med andre kliniske øvelser og teoretiske aspekter. Kommunikation er derfor ikke et isoleret begreb, men en tilføjelse til den allerede eksisterende læringsproces på den medicinske uddannelse. Dermed ikke sagt at kommunikationen ikke er vigtig i modellen, tværtimod er den et meget centralt redskab til at opnå den information, som lægen skal have for at kunne hjælpe en given patient.

Træning på Medicinuddannelsen AAU er inspireret af disse principper, idet den kommunikationstræning de studerende får, er knyttet til øvelser i praksis. Her får den studerende træning i henhold til case baserede læge-patient situationsspil, som er tilknyttet Calgary-Cambridge modellens principper for kommunikation.

Ovenstående giver indblik i den kontekst vi arbejder med i analysen, og vil derfor danne baggrund for analysearbejdet senere i specialet. Vi vil dog først i det følgende præsentere vores metodologiske rammesætning for specialet samt vores metodiske overvejelser og vores analysemetode.

Metodologisk rammesætning

Vores metodologiske rammesætning

Dette speciales metodologiske udgangspunkt vil have indflydelse på hele vores arbejdsmetode, og dermed også på, hvordan vi opfatter den empiri, vi har, og de resultater vi kommer frem til i analysen.

Specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt er hermeneutikken. Vi vil i de følgende afsnit beskrive, hvad denne tilgang betyder for vores tilgang til problemstillingen. Vi vil uddybe de filosofiske forudsætninger for vores forskningsmetode samt vores syn på og tilgang til denne metode.

Derudover ønsker vi, at explicitere, hvordan vi metodisk og teoretisk vil arbejde i dette speciale, i form af vores metodologiske arbejdsmetode.

De følgende afsnit vil redegøre for, hvorfor den hermeneutiske videnskabelige metode er den bedste for vores speciale, og hvorledes dette vil influere vores videre arbejdsmetode.

Hermeneutisk metodologi

Specialets problemformulering lægger op til en tolkning og forståelse af Calgary-Cambridge konceptet og de teoretiske antagelser bag dette. Vi har derfor allerede her sigtet mod et fortolkende paradigme, idet målet med problemformuleringen er at opnå en dybere forståelse af og indsigt i grundforståelsen bag denne undervisningsmetode.

Hermeneutik betegner den opfattelse af humanvidenskaberne, hvor kernen i disse videnskaber er fortolkning af noget, der har mening [Collin og Køppe, 2007: side 140]. En vigtig forskellighed fra naturvidenskaberne er hermeneutikkens søgen på forståelse med fokus på fortolkning, i stedet for at søge en forklaring og en endegyldig sandhed. Fokus for hermeneutikken er hypoteser om sprog, symbolsystemer, mennesket som handlende væsen overfor naturvidenskabens hypoteser om kausalforhold [Føllesdal, 1992: side 89]. Hermeneutik kan således defineres som værende studiet af, hvad forståelse er, og hvordan vi metodisk bør gå frem for at opnå forståelse. Denne tilgang er dermed oplagt for vores arbejdsmetode, og vi tilslutter os de grundlæggende antagelser, denne videnskabsteoretiske forståelsesramme bygger på.

Når der tales om hermeneutik, er der tale om en epistemologisk forskningsmetode baseret på den hypotetisk-deduktive metode, der er anvendt på meningsfyldt materiale; i dette tilfælde tekst [Føllesdal, 1992: side 89]. Dette er baseret på den forståelse, som opstilles i Politikens bog om moderne videnskabsteori. Dog er der en del, der mener at hermeneutikken er den hypotetisk-deduktive metodes modsætning. Når vi i dette speciale taler om den hypotetisk-deduktive metode, menes der, at selve hypotesen er dannet på baggrund af den forståelse, vi opnår i kendskabet til en tekst. Her kan hypotesen sammenlignes med en fortolkningsproces, med hensigten at opnå forståelse. Således

inddrages den videnskabelige teori, når vi som mennesker står overfor et fænomen, som vi ikke forstår [Føllesdal, 1992: side 90].

Tekstfortolkende læsning består i, at man på grundlag af sin forståelse af de enkelte elementer i den første del af teksten, udkaster en hypotese om, hvad der er tekstens helhedsmening eller tema. Denne hypotese testes således i den videre læsning, og må nødvendigvis justeres, hvis ikke denne indfries. Således vil vi på denne måde arbejde hypotetisk deduktivt gennem vores analyse og fortolkning af Calgary Cambridge konceptet. Vi vil derfor igennem vores arbejde med og analyse af konceptet kunne opstille hypoteser omkring de grundlæggende antagelser, og disse vil i større helheder og videre fortolkning blive testet.

På baggrund af at vi tilslutter os grundprincipperne i den hermeneutiske videnskabelige metode, finder vi det nødvendigt at skelne mellem forskellige tilgange i den hermeneutiske videnskab; herunder den traditionelle historiske hermeneutik og den moderne eksistentielle hermeneutik. For at eksplicitere forskellene på disse tilgange er det nødvendigt at undersøge begrebet forståelseshorisont.

Forståelseshorisonten kan defineres som værende mængden af de meninger og holdninger vi, bevidst eller ubevidst, har på et givet tidspunkt, og som vi ikke er opmærksomme på [Føllesdal, 1992: side 91]. Med andre ord er forståelseshorisonten noget, vi er nødt til at forholde os til, for at kunne se delene fra helheden og skabe mening i teksterne. Det er især i forhold til forståelseshorisonten, at de forskellige tilgange afviger fra hinanden. Forskellen på traditionel og moderne hermeneutik ligger hovedsageligt i spørgsmålet om, hvor frit vi kan forholde os til vores egen og andres forståelseshorisont [Føllesdal, 1992: side 98].

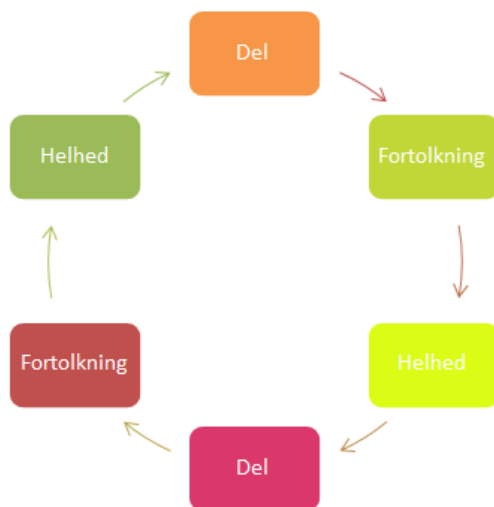
Grundlæggende lægger hermeneutikken vægt på, at vi i studiet af vores egen og andres forståelseshorisont kan frigøre os fra denne, og dermed gennem denne frigørelse være i stand til at sætte os fordomsfrit ind i den andens forståelseshorisont. Vi er dog ikke enige i, at en sådan distancering til vores egen forståelseshorisont er muligt, og tilslutter os derfor i stedet den moderne hermeneutikes forestilling om, at vi ikke kan 'forlade' vores egen forståelseshorisont. Denne udlægning er blandt andre beskrevet af Martin Heidegger, der ser forståelseshorisonten som en kontekst, man ikke kan overskue udefra, idet man er i det. Man kan blot forsøge at danne et delvist overblik indefra [Føllesdal, 1992: side 99].

Dette tager Hans Georg Gadamer med videre i sine overvejelser, og nævner at vi må acceptere, at vi aldrig kan frigøre os fra vores forståelseshorisont. Vi kan udforske den delvist, men dette vil altid betyde, at vi skal forholde det til resten, som dermed ikke bliver udforsket samtidig [Føllesdal, 1992: side 99]. Der vil således altid være dele af vores

forståelseshorisont, og dermed vores forforståelse, der præger vores forståelse af, den lille del vi bevidstgør.

I denne bevidstgørelse af vores manglende evne til at overskue vores egen og andres forståelseshorisont, er vi dermed bevidste om vores forforståelse i tilgangen til specialet. Vi må være bevidste om, at vores egen forforståelse vil påvirke de enkelte dele i analysen. Dette vil gøre sig gældende i forhold til vores tilgang til vores beskrevne empiri. Her vil vi nødvendigvis have en vis forforståelse i form af vores manglende kendskab til den medicinske verden, hvilket vi vil være opmærksomme på, i det omfang vi kan. Dog vil vores interesse i emnet muliggøre en ny bevidsthed omkring denne måde at tænke på, og dermed skabe en sammensmeltning af forståelseshorisonterne mellem vores og empiriens, hvorved vores forforståelse ændres. Dette vil skabe den nye helhed i vores speciale og ligeledes i vores bevidsthed. De hermeneutiske grundprincippers videre betydning for specialet, vil vi uddybe senere i metoden.

Ovenstående beskrivelse af grundprincipperne for hermeneutik samt den nyere hermeneutiks tilgang til teksten, illustrerer hvordan vi vil benytte den hermeneutiske videnskab i vores speciale, og hvilken tilgang vi finder mest meningsfuld. Vigtigt for alle former for hermeneutik er dog, at *man må se på alle en teksts forskellige dele og forsøge at fortolke dem i lyset af hinanden*, så man får en ensartet og sammenhængende fortolkning af hele værket [Føllesdal, 1992: side 95]. Dette leder os til den hermeneutiske cirkel, som er udgangspunktet for del-helhedstænkningen. Vi har i nedenstående illustreret, hvordan vi i vores speciale ønsker at inddrage hermeneutikkens arbejdsmetode:



Vi har, som illustreret i ovenstående model, valgt at beskæftige os med den hermeneutiske del-helhedscirkel. Cirklen har fokus på begrundelse. Vi begrundes således en tolkning ved at gå frem og tilbage mellem helhed og del, mellem forståelseshorisont og værk og mellem hypoteser og materiale [Føllesdal, 1992: side 97]. Dette vil til dels foregå implicit og dels explicit. Vi vil løbende i analysen være klar over de dele af vores forståelseshorisont, som vi har mulighed for at være bevidste om, og som kan have indflydelse på en tolkning.

Vi vil dog eksplicit tolke på de enkelte afsnit, for senere at be- eller afkræfte disse tolkninger i helhederne, samt beskrive, og forholde os kritisk til vores forforståelse. Dette vil vi komme nærmere ind på i efterfølgende afsnit om hermeneutikken i vores speciale.

Hermeneutikken i vores speciale

Vores valg af metode er vurderet på baggrund af, at vi gennem arbejdet med en delhelhedscirkel og hermeneutikkens grundprincipper opnår en større erkendelse og forståelse af de teoretiske antagelser, der ligger til grund for udarbejdelsen af kommunikationskonceptet 'Calgary-Cambridge' til medicinstuderende, og hermed også kendskab til en del af den medicinske arbejdsmetode, som denne metode er en del af, og som vi hidtil har haft meget lidt kendskab til. Gennem forløbet og arbejdet med dette speciale vil vores forståelseshorisont udvides kontinuerligt, i og med at vi arbejder os analytisk gennem de enkelte dele af litteraturen omkring konceptet, og dermed tolker os frem til nye erkendelser. Med den hermeneutiske forståelsesramme har vi mulighed for løbende at reflektere over de enkelte dele af specialet, da vores tolkninger gennem disse cirkelbevægelser giver nye forudsætninger for andre fortolkninger og dermed nye forståelser. Dette vil vi søge at fordre, ved at implementere diskussion og opsamlinger løbende i analysen og de efterfølgende afsnit.

Metodens styrke er for os den selvrefleksivitet, som hermeneutikken muliggør i revideringen af vores egne tolkninger og vores egen forforståelse i gennem specialet. Således vil vi efter dette arbejde have mulighed for måske at opnå en ny forståelse for modellen og arbejdet bag, og på denne baggrund kunne bidrage med noget nyt materiale, som igen vil ændre denne forståelse. Ydermere vil den hermeneutiske metode fordre at vi gennem vores speciale forholder os kritisk til egne tolkninger, hvilket medvirker til en reflekterende analyse af modellen. For at gøre dette optimalt, vil vi kontinuerligt forholde os reflekterende og kritiske til såvel analysen som de teoretiske analyseredskaber, vi vil arbejde med i specialet.

Hermeneutik og validering af resultater

At vi arbejder hermeneutisk betyder reelt set, at vi kan fortsætte tolkningsarbejdet i det uendelige, uden at nå en konkluderende og afsluttende erkendelse, idet cirklen aldrig slutter. Når vi anvender en hermeneutisk inspireret tilgang til specialet må vi derfor erkende, at den konklusion og de erkendelser og den nye forståelseshorisont vi kommer frem til i dette speciale, ikke kan anses for værende endegyldige sandheder, men at der findes flere mulige tolkninger. Vores grundlag for denne hermeneutiske forståelse er Gadamer's menneskesyn. Mennesket er et aktivt individ med en bevidsthed, hvorigennem den subjektive forforståelse erkendes. Denne forforståelse er bestemt af individets personlighed og omgang med livet [Collin og Køppe, 2007: side 151]. Eftersom mennesker adskiller sig fra hinanden via denne forforståelse, vil en forforståelse altid være unik. Det

får indflydelse på, de resultater og konklusioner vi når frem til, idet disse altid vil være baseret på vores subjektive forståelser. Med udgangspunkt i dette er vi derfor af den opfattelse, at vi altid vil være subjektive i vores opfattelse og erfaringer i dette speciale.

Dette lægger dog op til et spørgsmål om, hvad og hvordan vi kan konkludere på analysen og problemformuleringen i specialet, og hvornår erkendelsen er tilstrækkelig til at kunne konkludere endeligt. Den hermeneutiske tilgang giver os mulighed for at formulere en fortolket konklusion, hvilket gør vores konklusion til et bud blandt andre. Dette betyder at andre ville kunne komme frem til lignende eller anderledes konklusioner ved brug af samme empiri og analysemetode. Dog ville andre med vores uddannelse og baggrund efter hermeneutisk overbevisning kunne fremstå med samme resultat, idet vi tilhører samme fortolkningsdiskurs.

Der findes ikke i hermeneutikken et entydigt bud på, hvordan man kan konkludere endeligt. Dog kan et bud være det pragmatiske sandhedskriterium, som findes inden for filosofien [Kvale, 1997: side 233]. Dette kriterium kæder sandheden af et vidensudsagn sammen med pragmatiske konsekvenser. Dette skal forstås således, at tolkninger og erkendelser kan betragtes som afsluttet, når de fungerer pragmatisk. Dette sandhedskriterium arbejder ikke med objektiv viden og sandhed, men har i stedet fokus på mindre sandheder *”pragmatisk validering støtter sig til observationer og fortolkninger og rummer en forpligtigelse til at handle ud fra fortolkningerne (...)”* [Kvale, 1997: side 243]. Der findes dog ikke klare regler for, hvornår dette pragmatiske erkendelsesniveau opnås, og de afsluttede fortolkninger og konklusioner i specialet vil derfor være baseret ud fra vores subjektive argumentation af, hvornår tolkningerne kan vurderes som sande, og disse kan derfra udfordres. I forbindelse med ovenstående citat og hermeneutikkens søgen efter mening tilstræber vi derfor sammenhængende analyseresultater, hvor der er kontinuitet mellem iagttagelser i analysen og fortolkning.

Efter at have beskrevet hvordan vi rent metodologisk vil forholde os til specialearbejdet, vil vi i de følgende afsnit konkretisere os til et egentligt analysemetodevalg. Herunder vil vi beskrive vores hermeneutiske og pragmatiske tilgang til sproget, samt beskrive og forholde os til de enkelte analyseredskaber vi ønsker at benytte.

Pragmatisk sprogbrugsanalyse

I den hermeneutiske arbejdsmetode er der fokus på tolkning af *tekst*. Og da vores empiriske materiale hovedsageligt består af tekst i dets bogstavelige forstand, er det oplagt for os at benytte en analyseform dertil.

For at kunne besvare vores problemformulering, er vi nødt til at benytte os af analyseredskaber, der lægger vægt på tekstens indhold og den kontekst, som teksten er en del af, for bedst muligt at opnå en dybere forståelse for de teoretiske principper og antagelser for Calgary-Cambridge konceptet.

I forbindelse med vores hermeneutiske tilgang til teksten og sproget, er det oplagt at beskæftige os med pragmatikken, hvis fokus ligger på forholdet mellem sproget, sprogbrugerne og konteksten.

Pragmatikkens grundtanke er, at man *gør* noget, når man siger noget. Når man kommer med et udsagn, fungerer det samtidig som en handling i form af for eksempel et spørgsmål, et løfte eller en påstand. [Alrø, & Kristiansen, 1988: side 31] Vi finder pragmatikken brugbar i vores analyse, da vi med dennes analyseredskaber, som vi vil gennemgå senere i afsnittet, kan undersøge baggrunden for det, der angives, som så kan lede os hen mod en forståelse af kommunikationen bag Calgary-Cambridge konceptet og dermed hen mod en tolkning.

Sprogbrug er de konkrete sætninger og tekster, som bruges i skriftlig og mundtlig kommunikation mellem mennesker, og dækker over et udvidet sprogbegreb, der inkluderer den nonverbale kommunikation. Vil man undersøge sprogbrugen i fagsprog, ser man på, hvilke ord, sætninger og syntaktiske træk, der bliver brugt, og hvad formålet med en bestemt formulering er.

Generelt set er sprog et middel, man bruger, når man kommunikerer med andre mennesker. Det skriftlige sprog kan beskrives helt enkelt ved, at en afsender ønsker at videregive en meddelelse om et bestemt emne til en modtager.

En vigtig del i den pragmatiske sprogbrugsanalyse, og sprogbruget, er begrebet om kommunikationssituationer. Her fokuseres der på den situation hvori kommunikationen finder sted, som en kontekst for det sprogbrug der analyseres på. Vi vil i analysen inddrage kommunikationssituationer for at danne en kontekst til og en ramme omkring analysen. Dertil har vi valgt at inddrage en kommunikationsmodel.

Roman Jakobsons kommunikationsmodel

Til analyse af kommunikationssituationen, har vi valgt at inddrage Roman Jakobsons kommunikationsmodel. Dette gør vi primært for at overskueliggøre vores kommunikationssituation, og for at danne et overblik over de enkelte faktorer der påvirker denne kommunikation.

Ifølge Roman Jakobson eksisterer en kommunikationshandling kun, når følgende seks faktorer i nedenstående model er til stede:



Disse faktorer er ifølge Jakobson nødvendige, for at en kommunikation kan finde sted. Enhver meddelelse må have en afsender, en modtager, en kode (et sprog) den sættes på, en kontakt, fysisk såvel som psykisk, mellem afsender og modtager, og noget den er om; en kontekst. Når vi skal karakterisere sprogbrug er nedenstående funktioner meget vigtige, disse funktioner er også kendt som de "Jakobsonske sprogfunktioner" (Jacobsen & Skyum-Nielsen, 2007: side 49). Disse funktioner udtrykker varierende dominansforhold mellem kommunikationens enkelte faktorer: afsender, modtager, indhold, samvær, ord og udtryk samt sprog som materiale, og uddybes i nedenstående:

Emotiv funktion eller symptomfunktion, foreligger når afsenderen træder stærkt frem. Det er her afsenderen udtrykker sig. Eksempelvis et udråb som "jeg elsker dig" eller et vredeshyl.

Konativ funktion eller signalfunktion er når tiltalen eller påvirkningen af modtageren er det dominerende. Dette kan man kalde en "du-påvirkning". Det kan siges, at være et opråb eller en ordre.

Referentiel funktion eller symbolfunktionen er, når emnet og informationerne er det vigtigste.

Metasproglig funktion er meget almindelig i undervisningssituationer. Metasproglig funktion foreligger hver gang vi taler *om* de ord, lyde eller vendinger vi udtrykker os med.

Derudover er der den *poetiske funktion* og den *fatiske funktion*. Her har den poetiske funktion fokus på at sproget gøres til oplevelse i sig selv, ved at sproget gøres synligt som materiale, mens den fatiske funktion har fokus på samværet og det sociale. Disse funktioner har vi ikke antagelser om er til stede, i den faglige tekst vi analyserer, hvilket vi dog i analysen vil blive klogere på.

Modellen og funktionerne vil blive inddraget i vores analyse af kommunikationssituationer, for at danne et billede af den kontekst, der er omkring analysen i form af forholdet mellem afsender og modtager. Dette vil give os et billede af afsender og dermed et indblik i afsenders forståelseshorisont, dog med den viden at vores forforståelse vil have indflydelse på dette.

Andre analyseredskaber

Udover brugen af Roman Jakobsons kommunikationsmodel og funktioner, vil vi i selve analysen benytte en række pragmatiske analyseredskaber. Fælles for disse redskaber er, at de alle sammen hører til den pragmatiske forståelse af, at sproget er handlende, og derfor søger at afdække tekstens *indhold*. Gennem vores analyse af bogen og modellen, vil vi benytte os af følgende analyseredskaber:

- Talehandling
- Præsupposition
- Upgraders og downgrader
- Deiksis
- Implikatur
- Perspektiv
- Metaforer

Disse redskaber skal hjælpe os med at undersøge og forstå teksten på et dybere niveau, og dermed forstå det der står mellem linjerne og såkaldte "skjulte" betydninger – altså er fokus på tekstens indhold. Ligeledes kan vi bruge begreberne til at forstå, hvordan der kan være sammenhæng mellem ytringer, der umiddelbart ikke giver mening sammen. Vi vil i det næste gennemgå de før nævnte redskaber.

Talehandling

Talehandling **er** den handling, der udtrykkes gennem en ytring. Begrebet er udviklet i 1960'erne af filosofferne J.L. Austin og J.R. Searle. En talehandling kan ifølge John L. Austin, studeres på tre niveauer, som fungerer i en og samme sproghandling. Austin er desuden af den opfattelse, at alle ytringer er sproghandlinger. Ved at undersøge hvilke former for sproghandlinger, der benyttes i vores empiriske materiale, har vi mulighed for at nå ind til det budskab og den handling, som afsender ønsker med sit udsagn. Dette vil give os et indblik i de grundlæggende antagelser bag konceptet samt hvilken hensigt afsender har med konceptet. De tre niveauer er beskrevet i nedenstående:

Den *lokutionære* talehandling er den, der interesserer Austin mindst. Dette niveau indeholder kun ytringer, eller det artikulerede. Taleren skal bare ytre en meningsfyldt sætning, så som "*solen skinner*".

Andet niveau omtalte han som den *illokutionære* talehandling, som fremkommer i alle sammenhænge, hvor vi kommunikerer med en modtager, både når vi taler og på skrift. Dette niveau handler om at udtrykke hensigten med ytringen. Ytringen kan blandt andet tælle som en anmodning, advarsel, ordre eller løfte.

Den sidste talehandling er den *perlokutionære* og dette niveau handler om, en ytring hvor afsender ønsker en effekt i forhold til modtageren, som indfries. [Husted, 1982: side 240-241]

Den illokutionære sproghandlinger har Searl inddelt i fire grupper: *Konstantiver*, *direktiver*, *kommisiver* og *ekspressiver*. Konstantiver kendetegnes ved at give udtryk for sandhed. Direktiver kendetegnes ved at afsender søger at fratage modtager en bestemt handling i

modsætning til kommisiver, hvor afsender forpligter sig til at udføre en handling. Ekspressiver, er kendetegnet ved at give udtryk for en psykologisk tilstand hos afsender

Begrebet om talehandlinger er altså bygget på, at nogle ytringer er konstateringer, mens andre er ytringer, der dækker over en, for afsender, ønsket handling hos modtageren. At sproget kan ændre noget, gør det til en *sproghandling* [Husted, 1982: side 237]. Talehandlinger er en del af pragmatikken idet det er konteksten og i sidste ende modtagers reaktion på ytringen, der afgør dens værdi.

Præsuppositioner

Præsuppositioner er de bagvedliggende antagelser i en tekst. Præsuppositioner er forudsætningen i en intern fælles forståelse mellem afsender og modtager, og det er ofte en række underforståede betydninger, der er centrale for at forstå, hvad der ligger bag tekstens overflade. Det er også her at vi, som tekstanalytikere, kan have en mulighed for at forstå den situation, vi ønsker at analysere. Tekstanalysen vil i vores tilfælde derfor handle om at forholde sig til det sagte, men også til det usagte indhold i teksten [Alrø & Kristiansen, 1998: side 193-194].

Betoning

Upgraders og downgraders er udtryk der bruges til at beskrive de ord og betoning der kan få en ytring, i en tekst, til at ændre karakter.

Dette kan være både i en negativ og positiv retning, altså betoning og nedtoning af udsagn. Disse ord kaldes for modifikationer af det udsagte, og bruger dem til at fremme betydningen af det vi kommunikerer. Dette kunne eksempelvis være ord som måske, kun, meget, utroligt, fantastisk, lidt, og så videre.

Der kan være mange grunde til at bruge upgraders og downgraders. For eksempel kan det, at nedtone et udsagn skyldes flere årsager. Det kan skyldes usikkerhed i udsagnet, men kan også være et udtryk for, at afsender viser respekt overfor modtager idet denne måske ønsker at indgå et symmetrisk forhold. Man kan

ligeledes nedtone udsagnet, hvis man har i sinde at skabe asymmetri, eller hvis man er dybt uenig i den modtaget ytring.

Der findes en hårfin grænse for brugen af betoning i sætninger. Overskrides denne grænse, eksempelvis ved overdreven brug af betoning, kan det udsagte få en negativ effekt, og modtager vil derfor muligvis ikke kunne tage det seriøst, eller budskabet kan komme til at virke utroværdigt [Alrø & Kristiansen, 1998: side 201-202].

Implikatur

Implikaturer er det sprogteoretiske udtryk for underforståelse. Man siger ikke noget direkte, men lader modtageren tolke sig frem til underforståelsen, fordi sætningen uden

fortolkning ikke ville have en pointe. Implikaturer er normalt kendt af både afsender og modtager [web 1]

Perspektiv

Perspektiv er den synsvinkel vi betragter noget ud fra. Perspektivet bestemmes af de forudsætninger erfaringer, og interesser vi har, og er en afgørende for hvordan vi ser og forstår forskellige situationer. Perspektiv vises i sproget, det vi vælger at tale om, den måde vi vælger at spørge på og forstå noget på [Alrø & Kristiansen, 1998: side 189-190].

Metafor

Metafor er overføring af ord eller udtryk fra deres normale anvendelse til en sammenhæng, der fremkalder ny, billedlig betydning. Metaforer bruges både hvor sproget mangler et ord for et fænomen, og hvor der er behov for variation [web 2]

Med disse analyseredskaber vil vi kunne skabe en del-helheds gennemgang af det empiriske materiale, med henblik på at skabe tolkninger og nye helheder og forståelse af principperne bag Calgary-Cambridge konceptet. Ovenstående begreber giver tilsammen et indtryk af tekstens indhold, og afsenders formidling heraf. Dette vil give os et indblik i de antagelser, der ligger både implicit og eksplicit i teksten.

Et andet perspektiv og metodisk fremgangsmetode

Som nævnt ønsker vi efter endt analyse og efter diskussionen at inddrage et andet perspektiv på Calgary-Cambridge konceptet. Dette afsnit vil være af perspektiverende karakter, og vi ønsker derfor at inddrage en ny vinkel i form af anden relevant teori og andre relevante overvejelser, der kan bringe os tættere på at besvare anden del af problemformuleringen. Den valgte teori afhænger af de resultater vores delanalyser bringer frem, og vil derfor ikke udspecificeres yderligere på nuværende tidspunkt.

Efter at have beskrevet vores metodologiske og praktisk metodiske overvejelser, vil vi nu fortsætte med vores analyse af Calgary-Cambridge konceptet.

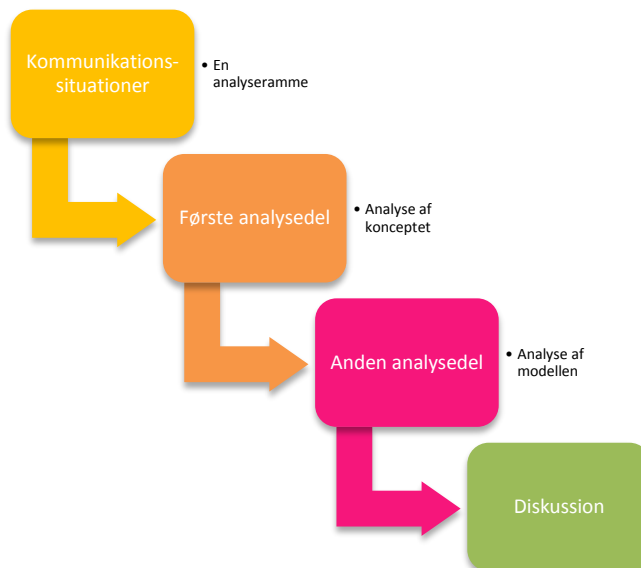
Analyse af Calgary-Cambridge konceptet

Analyse

I de følgende afsnit vil vi beskæftige os med analysen af bogen "Teaching and Learning Communication Skills in Medicine", som danner baggrund for Calgary-Cambridge konceptet. Analyseafsnittet vil danne udgangspunkt for besvarelsen af første del af problemformuleringen som lyder: *Hvilke grundlæggende teoretiske antagelser ligger til grund for Calgary-Cambridge konceptet.*

Vi vil gennem den pragmatiske analyse finde frem til både eksplicitte og implicitte teoretiske antagelser omkring kommunikationsundervisning, og dermed opnå en dybere forståelse for konceptet. Denne forståelse vil vi tage med videre i vores arbejde med specialet, med en diskussion og en efterfølgende besvarelse af hele problemformuleringen.

I arbejdet med analysen ønsker vi at bearbejde forskellige perspektiver og kontekster i forhold til konceptet. På baggrund af dette har vi inddelt analysen i to overordnede dele. Derudover har vi i henhold til den pragmatiske analyse valgt at eksplicitere kommunikationssituationen i de respektive analysedele. Strukturen for analysen ser derfor således ud:



I arbejdet med kommunikationssituationen vil vi danne en ramme om analysen i forhold til afsender og modtager, samt forholdet mellem disse. Denne ramme vil fungere som udgangspunkt for de enkelte analysedele. Hvorledes de enkelte analysedele er opbygget, vil vi indkredse og definere i følgende afsnit om kommunikationssituationer.

Analyse af kommunikationssituationer – en analyseramme

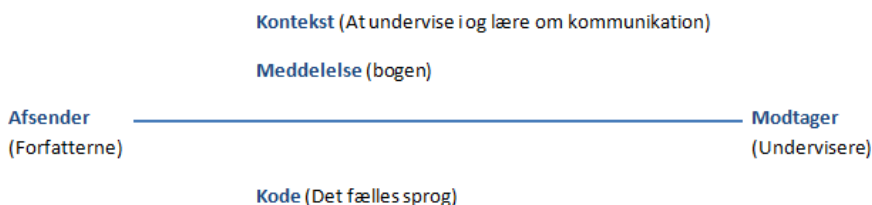
Den pragmatiske analyse beskæftiger sig, som tidligere nævnt, med sprogbrug i den kommunikationssituation, hvori sproget bruges. Derfor er det relevant at undersøge den pågældende kommunikationssituation, som er til stede i vores analyse af Calgary-Cambridge konceptet og bogen bag dette.

Som vi har nævnt tidligere i dette afsnit, har vi valgt at dele analysen op i to dele: analyse af "Teaching and Learning Communication Skills in Medicine" samt analyse af selve Calgary-Cambridge modellen. Som bogens titel påpeger, handler bogen både om at undervise i og lære om kommunikative færdigheder. Vi er af den opfattelse, at der findes to forskellige kommunikationssituationer i henholdsvis bogen og selve modellen. Vi har identificeret disse kommunikationssituationer på baggrund af forholdet mellem afsender og modtager i begge analyser. Hvordan dette specifikt kommer til udtryk, vil vi uddybe i nedenstående.

Teaching communication skills

Den første kommunikationssituation identificerer vi på baggrund af bogens primære henvendelse til undervisere i kommunikation, idet bogens hovedfokus er, hvordan undervisere skal bære sig ad i undervisningen af kommunikation. Dette kommer i bogen til udtryk i en række principper for kommunikation generelt, samt en række principper og metoder for undervisningen. Derudover ekspliciterer bogen selv sine modtagere indledningsvist. Dette vil vi uddybe i det følgende.

Til analyse af kommunikationssituationen i begge situationer har vi som nævnt valgt at inddrage Roman Jacobssons kommunikationsmodel. Dette gør vi primært som en overskuelighedsfaktor, og som en måde at inddrage de forskellige elementer, der foreligger i en kommunikationssituation, og komme nærmere ind på de enkelte faktorer, der påvirker denne kommunikation.



I ovenstående model illustrerer vi, at *afsenderen* er forfatterne bag modellen, *meddelelsen* består af alt det skrevne i bogen, og *modtageren* er dem, der skal undervise i kommunikation på medicin og andre lægefaglige institutioner. I det følgende vil vi beskrive de faktorer, der er relevante i henhold til denne kommunikationssituation.

Hvis vi går ud fra den første kommunikationsforståelse, er *afsenderen* som sagt de tre forfattere bag bogen, Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman og Julie Draper. Disse forfattere har forskellige baggrunde indenfor både medicin og kommunikation. Dette er relevant i henhold til deres viden om kommunikation, og i henhold til baggrunden for Calgary-Cambridge konceptet.

Når man i kommunikationsmodellen taler om afsender, er det i vores analyse relevant at nævne den emotive funktion. Denne funktion betegner de steder, hvor afsenderen træder stærkt frem. Dette forekommer hvor afsender udtrykker sin mening eksplicit. Eksempler på dette ses i nedenstående, hvor vi har understreget det relevante:

"The authors of this book believe passionately in the importance of communication skills in medicine – our overriding objective in writing this book and its companion has been to help improve the standard of doctor-patient communication in practice." [Silverman m.fl., 2005: side 1]

"Moreover, we present the evidence in a way that enables it to be actively used in the teaching process itself." [Silverman m.fl., 2005: side 4]

"We believe that it is important to address both skills and attitudes in communication programmes, as well as the underlying intentions, beliefs and values which motivate them." [Silverman m.fl., 2005: side 6]

I ovenstående eksempler træder afsender eksplicit frem og understreger sine holdninger. På samme måde forekommer det flere steder implicit, at afsender udtrykker sin mening:

Communication in medicine needs to be taught with the same rigour as other core clinical skills such as physical examination." [Silverman m.fl., 2005: side 2]

Her er der tale om, at forfatterne træder i karakter med en stærk modalitet, og med overbevisning om, at dette er den bedste fremgangsmåde. Dermed får udsagnet karakter af værende et slags opråb. Hvordan afsender udtrykker sig i meddelelsen, vil give os indblik i den grundlæggende antagelse bag konceptet.

Meddelelsen er alt det skrevne i bogen. Det er igennem meddelelsen, at vi i vores analyse ønsker at nå frem til, hvilke teoretiske antagelser, der ligger til grund for konceptet.

Modtageren er ifølge bogen, alle som er involveret i undervisning, planlægning og udvikling af kommunikative færdigheder i hovedsagelig Nordamerika og Europa [Silverman m.fl., 2005: side 7]. Forfatterne har erfaret at modtagerne ikke repræsentere

en ensartet gruppe, men kommer fra flere forskellige baggrunde [Silverman m.fl., 2005: side 7]:

- Medical
 - community, hospital or academic-based doctors
 - general practice and family practice physicians
 - psychiatrists
 - specialists
 - nurses
 - allied health professionals
- Non-medical
 - communications specialists
 - individuals with psychology or counseling backgrounds
 - medical educators
 - researchers

Ovenstående modtagere vil i analysen blive benævnt som 'undervisere', idet formålet med bogen er undervisning i kommunikation. Vi søger, i forlængelse heraf, i vores analyse at eksplicitere hvilken modtager, der er tale om i de givne eksempler.

I forhold til modtageren taler Roman Jakobson om den konative funktion, som handler om påvirkning af modtager er dominerende. En strategi for påvirkning af modtager, er hvor der søges at 'sælge' kommunikationstræning. Eksempler på dette findes i nedenstående:

"Training doctors in problem-defining and emotion-handling skills leads not only to improvements in the detection of psychosocial problems but also to a reduction in patients' emotional distress up to six months later (source)." [Silverman m.fl., 2005: side 19]

"Communication is not, as some would say, simply good manners, being nice or 'pandering the patient'. The prize on offer is much greater than this: communication skills training improves clinical performance" [Silverman m.fl., 2005: side 25]

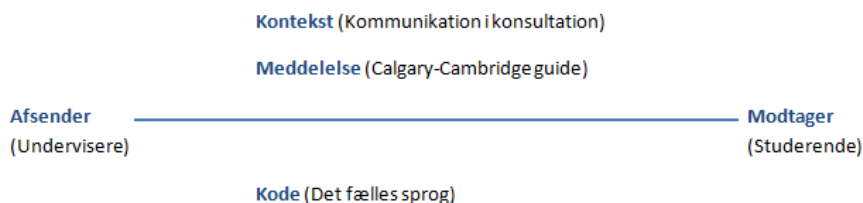
Her er der opstillet en række argumenter for, hvorfor kommunikationstræning er nødvendig. Samtidig forekommer der eksempler på, hvordan bedre læge-patient kommunikation rent økonomisk kan svare sig, samt en række omkostningsreducerende eksempler på kommunikation. Denne ønskede påvirkning af modtager er ligeledes relevant i henhold til hvilke principper og grundantagelser, der ligger til grund for dette undervisningskoncept – herunder hvorfor kommunikationskonceptet er opbygget, og hvilken forhold modtagerne har til kommunikation siden denne påvirkning er nødvendig. Alt dette vil vi dog komme nærmere ind på i selve analysen.

Konteksten, som meddelelsen refererer til, omhandler de grundlæggende principper som Calgary-Cambridge modellen er baseret på; kommunikation skal læres og trænes i forbindelse med andre kliniske øvelser og teoretiske aspekter. Konteksten er det, vi forsøger at nå frem til i vores analyse, nemlig de grundlæggende principper i bogen. Konteksten er dog ligeledes, i henhold Jakobsons anden definition af kontekst, undervisning i kommunikation.

Kommunikationen mellem afsender og modtager fungerer ved hjælp af en *kode*. Begrebet kode består af selve sproget, og kan forstås på to niveauer. Øverste niveau er det engelske sprog. Denne kode er formentlig forståelig for alle deres modtagere. På det andet niveau kan man betegne *koden* som den mere indforståede sprogbrug, som forfatterne skriver i. Det er i dette niveau, at vi gennem vores pragmatiske sprogbrugsanalyse har et ønske om at opnå indsigt i de grundlæggende antagelser bag kommunikationen.

Learning communication skills

Den anden kommunikationssituation er identificeret på baggrund af selve Calgary-Cambridge modellen, som er en del af bogen, og som er et produkt af bogens grundlæggende principper. Denne model er lavet til dem, som skal undervises i kommunikation, og dermed dem, som skal lære hvordan kommunikation foregår i praksis. Man kan argumentere for, at Calgary-Cambridge model ligeledes er henvendt til underviserne i kommunikation, dog har vi valgt at fokusere på, at denne model bruges i en undervisningsmæssig kontekst, mens afsender og modtager her dog afviger fra ovenstående kommunikationssituation. Dette vil vi uddybe i henhold til kommunikationsmodellen:



I denne kommunikationssituation er *afsenderen* de undervisende læger, *meddelelsen* er selve Calgary Cambridge modellen med dens 71 punkter, og *modtageren* er de studerende.

Konteksten består i henhold til ovenstående model her i emnet, der tales *om*, nemlig hvordan man som læge kan kommunikere mest hensigtsmæssig med sine patienter.

Samtidig er konteksten dog også den pågældende undervisningssituation der tales *i*, eller praksissituationen mellem læge og patient, hvor modellen også bruges.

Dette gør de ved hjælp af den *kode*, der gør sig gældende i netop deres kommunikation. Begrebet kode kan også her forstås på to niveauer, hvor det øverste niveau er det engelske sprog, hvilket formentlig er forståeligt for alle de studerende. På et andet niveau kan man betegne koden som den mere indforståede sprogbrug, som modellen er bygget op omkring, nemlig det faglige sprog. Det, der kendetegner modellen er, at punkterne er opstillede og kort defineret. Der er en del kommunikationsfaglige udtryk under de enkelte punkter, men disse er ikke uddybet yderligere. Den kodeform er derfor ikke nødvendigvis nem at afkode for alle de studerende. Dette vil vi dog komme nærmere ind på i analysen af modellen.

Denne kommunikationssituation er udelukkende af referentiel karakter, idet punkterne indeholder meget kort og meget fagrelateret tekst. Dette vil naturligvis have indflydelse på analysen, videre i analyseafsnittet.

To kommunikationssituationer – og hvad så?

Når der i Calgary-Cambridge konceptet eksisterer to kommunikationssituationer, er det på grund af konceptets store omfang. Det henvender sig til flere målgrupper inden for fagrelateret kommunikationsundervisning og medicin generelt. Der er et ønske om at nå ud til så mange forskellige grupper som muligt, for at skabe kendskab til konceptet og dets nyttevirkning indenfor kommunikation mellem læge og patient.

I forhold til vores analyse har det betydning, idet vi videre i analysen vil arbejde med begge kommunikationssituationer adskilt. Vi har et ønske om at undersøge både principperne bag undervisningsmaterialet, som er henvendt til underviserne og materialet og modellen henvendt til de studerende. På denne måde får vi et klart billede af hele processen fra kommunikationskoncept i princippet til kommunikationskoncept i undervisningspraksis. Dette ønsker vi, fordi begge kommunikationssituationer er vigtige for at undersøge de grundlæggende antagelser i konceptet, og ligeledes forholdet mellem principperne bag konceptet og selve modellen, der bliver brugt i undervisningen. Det er undervisningen, der i sidste ende skal være formidlingen fra princip til praksis, og det er her der er mulighed for at gøre en forskel.

Analyseopdelinger

For at arbejde pragmatisk og hermeneutisk er det vigtigt for os at have de forskellige kontekster for øje. Med kontekster mener vi de forskellige elementer og underemner, der indgår i konceptets helhed. Ved at have de forskellige dele i fokus, har vi hele tiden mulighed for at forstå de enkelte dele i henhold til en større helhed. Dette være sig både

den overordnede kontekst i form af specialearbejdet og analysearbejdet, men samtidig også de forskellige kontekster og underemner, der eksisterer i et bredt felt med flere kommunikationssituationer, som det gør sig gældende i dette tilfælde.

Som nævnt har vi i henhold til ovenstående kommunikationssituationer til hensigt at inddele analysen i begge kommunikationssituationer. Derudover vil vi inddele begge analyser i underemner baseret på forskellige kontekstuelle sammenhænge, der finder sted i disse kommunikationssituationer. Dette vil vi gøre af praktiske grunde, og ligeledes for hele tiden at forholde os til de enkelte dele i henhold til helheden.

I den første kommunikationssituation, som omhandler bogen og principperne bag undervisningskonceptet, har vi valgt at inddele analysen i tre forskellige underemner: *praksis, kommunikation og undervisning*. Dette gør vi på baggrund af, at vi har identificeret flere kontekster i bogen i forhold til, hvor de enkelte grundantagelser har relation til. Ved at inddele analysen efter disse kontekster har vi mulighed for at se antagelserne i et perspektiv, som er gældende for netop disses respektive kontekster.

I anden analysedel, som er baseret på kommunikationssituationen vedrørende Calgary-Cambridge modellen, vil vi inddele analysen i to forskellige underemner: *principper bag modellen og indhold i modellen*. I første kontekst vil vi søge at afdække de pågældende principper og antagelser, der ligger til grund for modellen og formidlingen af Calgary-Cambridge konceptet. I den anden kontekst, som er indholdet i modellen, vil vi undersøge selve formidlingen af konceptet. Vi mener, at vi igennem denne formidling vil være i stand til at sige noget omkring de grundlæggende antagelser omkring formidlingen og om konceptet generelt, men ligeledes vil vi kunne bedømme hvorvidt de grundlæggende antagelser i første analysedel kommer til udtryk i formidlingen.

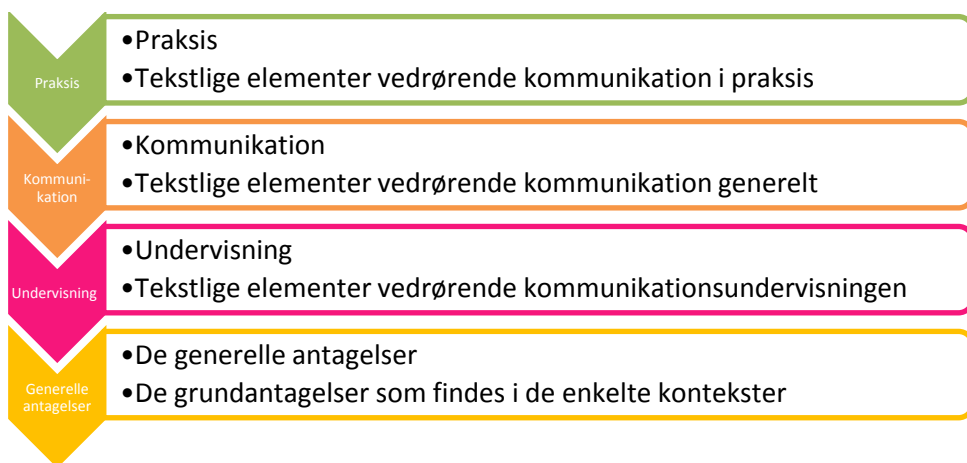
Efter at have beskrevet de enkelte kommunikationssituationer, vil vi fortsætte med den første analysedel, hvor vi vil fokusere på kommunikationssituationen bag Calgary-Cambridge konceptet.

Første analysedel

Analyse af principperne bag konceptet

Analyse af "Teaching and Learning Communication Skills in Medicine"

I vores analyse af materialet bag Calgary-Cambridge konceptet har vi valgt at arbejde tematisk. Vores hovedmål med analysen er, at finde frem til de grundlæggende teoretiske antagelser, der ligger bag udviklingen af konceptet. For at gøre dette bedst muligt, har vi rent strukturmæssigt valgt at inddele analysen i henhold til de føromtaltte underemner beskrevet i foregående afsnit om kommunikationssituationerne. Dette har vi valgt at gøre for at illustrere hvilke kontekster, der gør sig gældende i teksten. Vi ønsker at bevæge os cirkulært i henhold til del-helhedsmetoden, og samtidig undervejs hele tiden forholde os til den pågældende kontekst. På denne måde vil vi opnå mest muligt viden om de enkelte kontekster, og dermed i opsamlingen på denne analysedel, kunne identificere nogle generelle antagelser og grundprincipper bag undervisningskonceptet. Dette illustreres i nedenstående model:



Hensigten med modellen er, først at undersøge hvilke dele af teksten, der siger noget om kommunikation i praksis, derefter kommunikation generelt og til sidst undervisningskonteksten. Denne opdeling er ikke tilfældig, idet praksis fungerer som det yderste lag af kommunikationen mellem læge og patient. Det er her undervisningskonceptet i sidste ende skal udfolde sig. Kommunikationskonteksten er af mere generel karakter, og er her, hvor afsender ekspliciterer de grundlæggende antagelser vedrørende kommunikation og kommunikationsundervisning. Til sidst vil vi analysere undervisningskonteksten, som dækker over alle de principper og metoder, som afsender beskriver i bogen. I denne kontekst vil vi komme i dybden med de antagelser, der ligger til grund for selve undervisningen. Samtidig vil denne opdeling skabe et solidt grundlag for at arbejde videre med analysen af selve Calgary Cambridge modellen, som ligeledes vil sige noget om disse generelle antagelser.

I det følgende vil vi analysere de enkelte kontekster med deres respektive opsamlinger, for til sidst i dette afsnit at lave en endelig opsamling omkring de generelle antagelser i denne analysedel.

Praksis

I dette afsnit vil vi undersøge nærmere, hvilke dele af teksten, der omhandler kommunikation i praksis. Her er vi især opmærksomme på dele af teksten, der giver indblik i hvilke problemer, der er i praksis, og hvilke metoder der bruges for at løse disse, samt hvilke grundlæggende teoretiske antagelser om kommunikation generelt, der kan udledes af eksempler hvor netop praksis er konteksten.

Forfatterne beskriver flere steder, hvordan de forholder sig til praksis. Dette kommer til udtryk de steder, hvor der kommenteres på praksis som kontekst. Der er fra forfatternes side ønske om forbedring på kommunikationsområdet i den medicinske praksis, hvilket blandt andet kommer til udtryk i følgende citat:

“The authors of this book believe passionately in the importance of communication skills in medicine – our overriding objective in writing this book and its companion has been to help improve the standard of doctor-patient communication in practice.” [Silverman m.fl., 2005: side 1]

Her beskriver bogens afsendere deres overbevisning om, at kommunikation indenfor medicin er meget vigtigt, og hvordan de ønsker at forbedre standarden for læge-patient kommunikation i praksis. Her foreligger der en præsupposition i udsagnet omkring kommunikationen i praksis: idet denne skal forbedres, må det være forfatternes opfattelse, at der er plads til forbedring i praksis. Herudover kan vi argumentere for en sproghandling, idet afsender med sine ytringer om kommunikationens vigtighed og deres ønske om at hjælpe, fremsiger en direktiv sproghandling med ønsket om en handling fra modtager, baseret på et ønske om at denne skal bruge bogen til at forbedre kommunikationen i praksis.

Til sammen giver dette citat en antagelse af, at afsender ser kommunikation som værende vigtigt i den medicinske praksis.

Hvorfor skal kommunikation læres

Et emne der udfolder sig i bogen, er *hvorfor* der skal læres kommunikation. Dette kommer for eksempel til udtryk i nedenstående:

“Let’s start at the beginning – why embark on trying to teach communication skills at all? Why do we feel that it is so important? What justification is there for expending the effort in an already overcrowded timetable for learning?” [Silverman m.fl., 2005: side 14]

I ovenstående har afsender opstillet nogle spørgsmål, som indleder de følgende afsnit. Det forekommer som en implikatur at disse emner er spørgsmål, som afsenderen forventer at modtageren kunne stille, idet de efterfølgende afsnit vil søge at svare på spørgsmålene. Dermed har afsender en forventning om, at modtagerne skal overbevises om, at kommunikation skal læres, og at de skal overtales til at indføre kommunikation i skemaet. Denne antagelse af modtagers forventning, giver et billede af kommunikation som noget der skal *sælges* til modtager. I forlængelse heraf, kan der argumenteres for, at der i ytringen er en direktiv sproghandling, med ønsket om at modtager benytter kommunikation i undervisningen på medicin. Samtidig søger afsender med disse spørgsmål at møde modtageren der hvor (de antager) de er.

Når de i bogen kommer ind på, hvorfor kommunikation er vigtigt i praksis, er der især fokus på konsultationen:

“The interview is the unit of medical time, a critical few minutes for the doctor to help the patient with their problems. While the doctor may see each consultation as one of many routine encounters, for the patient it may be the most important or stressful aspect of their week” [Silverman m.fl., 2005: side 14]

I dette citat beskriver afsender, hvordan kommunikationen spiller en vigtig rolle i en konsultation i praksis. Her lægger vi mærke til, i det vi har understreget, at det er patienten der er i fokus. Dermed kan man antage, at bogen i dette eksempel påtager sig patientens perspektiv, for at eksplicitere patientens behov overfor modtageren. Her kan der være tale om, at afsender ønsker at frembringe en empati for patienten hos modtager, og der er dermed tale om en direktiv sproghandling. Afsender ønsker at bringe patientens perspektiv i fokus, og understreger, at der er begrænset tid til at *hjælpe* patienten. Dermed er det også en grundlæggende antagelse, at kommunikation *er* vigtigt for patientens perspektiv.

Et andet væsentligt synspunkt der tages op i forhold til praksis, er problemer i kommunikationen mellem læge og patient. Her nævnes der i bogen en lang række eksempler på, hvilke problemer der kan opstå på baggrund af manglende kommunikation; blandt andet klager, øgede udgifter og øgede fejl [Silverman m.fl., 2005: side 14]. Der opstilles punkter under forskellige processer i konsultationen, hvor kommunikationen går galt og hvorfor. Disse punkter indeholder fakta og tal, samt undersøgelser, og er underbygget af forskellige kilder. Punkterne danner til sammen evidens for, hvorfor kommunikation er vigtigt i praksis.

I starten af afsnittet omkring hvorfor kommunikation skal læres, er der som nævnt opstillet en række spørgsmål omkring, hvorfor kommunikation er vigtig. Punkterne

fremstår som et svar på hvorfor kommunikationsundervisning er vigtigt, og dette er underbygget med evidens. Her foreligger en antagelse om, at evidens har betydning i argumentation for kommunikationsundervisningens vigtighed.

Til løsning af de problemer, der opstår i praksis for lægerne, er der i bogen opstillet en række løsningsforslag henvendt til de forskellige problemer. Samtidig er der opstillet en liste over, hvilket udbytte lægerne får ved brug af kommunikative redskaber i praksis. Her er der fokus på forbedringer i patientens tilstand og især på, hvordan kommunikationen mindsker omkostninger i form af forkortet ophold og mindre omkostninger til juridisk bistand i henhold til klager [Silverman m.fl., 2005: side 19].

Dette antager vi som værende et forsøg på at overbevise modtagerne, her især lægerne, om, at kommunikation er vigtigt, og der påtages et økonomisk perspektiv, og dermed et resultatorienteret perspektiv. Herfra kan man tolke, at afsender mener, der skal fremlægges resultater før kommunikation anses som værende vigtigt for modtager.

Ovenstående citater vedrørende konteksten 'praksis' har givet os et billede af, hvordan forfatterne bag bogen opfatter kommunikation i henhold til den praksis, som kommunikationen i sidste ende skal munde ud i. I denne kontekst er der antagelser omkring, at:

- Kommunikation er vigtigt i den medicinske praksis
- Modtager ikke forstår vigtigheden af kommunikationsundervisning
- Kommunikation skal sælges til modtager
- Kommunikation er vigtigt for patienten
- Et økonomisk og resultatorienteret perspektiv er nødvendigt for at overbevise modtager
- Modtagerne skal mødes hvor de er

I ovenstående antagelser, kommer det til udtryk, hvordan afsender ønsker at ekspliciteere nødvendigheden af kommunikation i praksis og kommunikationsundervisning på uddannelsen. Samtidig kommer det til udtryk, at afsender ønsker at overbevise modtager om dette, ved at imødekomme de spørgsmål, som modtageren forventes at stille, samt overbevise om kommunikationens vigtighed i både praksis og undervisning.

Kommunikation

Dette afsnit vil indeholde dele af teksten, som omhandler udsagn om kommunikation generelt. Her ønsker vi at fremhæve de elementer af teksten, der giver indblik i enkelte opfattelser af kommunikation, og dermed danne et billede af, hvordan forfatterne karakteriserer kommunikation.

Indledningsvist i bogen bliver kommunikation nævnt flere steder. Et eksempel er hvor forfatterne præsenterer indholdet af bogen, og beskriver hvorfor de har valgt at skrive denne:

“Most previous texts have concentrated on communication in medicine per se and little has been written to help facilitators, programme directors and learners to come to terms with the practicalities of teaching and learning this subject. Yet our experience over many years is that communication skills teaching and learning, while highly rewarding, are complex and challenging tasks.” [Silverman m.fl., 2005: side 1]

Her nævnes det, hvordan tidligere tekster om kommunikation i medicin ikke har fokuseret på at hjælpe undervisere og modtagerne af denne undervisning med den praktiske del af undervisning i kommunikation. Samtidig påpeger de, at deres erfaring er, at undervisning og læring i kommunikation er komplekst og udfordrende samt meget givende. At kommunikationen er givende underbygges i ordvalget med betoning i form af 'highly'. I dette citat fremhæves vigtigheden i, at der oplyses om, og undervises på, et praktisk plan.

Samtidig implikeres det, at det er en mangel, at der ikke er fokus på at hjælpe undervisere og de studerende med relevant materiale, idet der nævnes, at afsenders erfaring er, at kommunikation er kompliceret. Deraf kan man udlede, at afsender mener, at et sådant materiale er nødvendigt.

I forhold til kommunikation, angives undervisning og læring i kommunikation som værende givende, trods komplekst og udfordrende. Dette giver anledning til at tolke, at det er vigtigt at man underviser i kommunikation, da det ikke er noget man 'bare' gør. Samtidig betoner den indskudte sætning kommunikation i en positiv retning, som en påvirkning af modtager; kommunikation er givende.

Senere i teksten, kommer forfatterne ind på kommunikation som en klinisk kernefærdighed, hvilket ses i nedenstående citat:

“Communication is a core clinical skill essential to clinical competence. Communication skills are not an optional extra in medical training – without appropriate communication skills, all our knowledge and intellectual efforts can easily be wasted.” [Silverman m.fl., 2005: side 2]

I dette udsagn beskrives kommunikation som klinisk kernefærdighed, og som essentiel for klinisk kompetence. Samtidig pointeres det, at kommunikation ikke er et frivilligt tilvalg i medicin, da manglende kliniske kommunikative færdigheder kan føre til spild af alle former for kompetencer.

Heri identificerer vi en direktiv sproghandling, idet der foreligger en advarsel i ytringen: hvis ikke du lærer kommunikation, vil dine evner indenfor medicin spildes. Dermed ønskes en handling i form af, at modtager skal lære kommunikation. Dette styrkes af betoningen 'easily'. Samtidig er der en præsupposition der forekommer i 'optional extra', idet det kan antages, at modtagerne har den mening, eller at det er en generel mening, at kommunikation er et frivilligt tilvalg. Ser vi på ordvalget i dette citat, er der brugt ordet 'clinical skill' om kommunikation, hvilket associerer kommunikationen på linje med andre medicinske færdigheder.

Forfatterne ønsker altså at overbevise modtagerne om, at kommunikation er et vigtigt klinisk redskab.

Bogens forfattere kommer videre ind på kommunikation som færdighed, og nævner herunder at kommunikation ikke er det samme som personlighed:

"Communication is a learned skill that needs to be taught. Communication is not a personality trait but a series of learned skills. Communication in medicine needs to be taught with the same rigour as other core clinical skills such as physical examination." [Silverman m.fl., 2005: side 2]

I ovenstående nævnes det, hvordan kommunikation er en tillært færdighed, som kræver undervisning. Samtidig pointeres det, at kommunikation ikke er et personlighedstræk, og bør undervises med samme stringens som andre medicinske færdigheder. Udsagnet er en opfordring til modtagerne om at undervise og lære kommunikation, og er derfor en direktiv sproghandling. Igen er der altså fokus på, at kommunikationsundervisning er nødvendig.

Der foreligger ligeledes en præsupposition i, at der må være nogen, der mener, kommunikation er et personlighedstræk, og at det *ikke* behøver at blive undervist med samme stringens som andre medicinske færdigheder.

Ordvalget i henhold til ordet 'needs' angiver en stærk modalitet og en betoning, hvilket ligeledes underbygger, at der her er tale om en opfordring. I ovenstående udsagn er der en række grundantagelser omkring kommunikation som færdighed på lige med medicinske færdigheder, samt at kommunikation er en færdighed, som skal læres, og ikke et personlighedstræk.

Det uddybes yderligere, hvordan kommunikation er en række lærte færdigheder, og ikke en del af personligheden, i følgende udsagn:

"Communication in medicine is a series of learned skills rather than just a matter of personality. Of course, personality is important but much of our ability to communicate has been learned and is not simply inherent in our genetic make-up." [Silverman m.fl., 2005: side 21]

I dette citat er der igen fokus på kommunikation i medicin som en lært færdighed. Samtidig ekspliciteres det, hvordan kommunikation ikke er personlighedsbetinget. Dog pointeres der, at personligheden *har* noget at sige, men at vores evne til at kommunikere er noget, vi har lært.

På trods af at kommunikation ikke ses som et personlighedstræk, er bogens forfattere dog af den mening, at kommunikation er tæt forbundet til selvopfattelse, selvværd og personlig stil:

“Secondly, communication involves a substantially different type of content to other clinical skills or cognitive learning. Although it is not a personality trait, communication skill is closely bound to self-concept, self-esteem and personal style” [Silverman m.fl., 2005: side 3]

I dette udsagn pointeres det, hvordan kommunikationsundervisning indeholder et markant anderledes materiale i forhold til medicinske færdigheder. Samtidig er kommunikation, på trods af, at det ikke er et personlighedstræk, er tæt forbundet med selvopfattelse, selvværd og personlig stil. I udsagnet er kommunikationsundervisningen sammenlignet med medicinske fag i ordet *‘other clinical skill’*, hvilket underbygger tidligere udsagn om, at kommunikation er på lige med andre kliniske færdigheder. Udsagnet kommer i forlængelse af *hvorfor* der skal undervises i kommunikation, og er derfor et argument for, at kommunikation er nødvendigt at undervise i. Det interessante i dette udsagn er dog, hvordan kommunikation alligevel kædes sammen med ting, som er relateret til personlighed. Der nævnes dog ikke, hvordan dette faktum påvirker undervisningen, og hvordan dette tages hensyn til i undervisningen.

Kommunikation skal ifølge afsender, som tidligere nævnt, undervises i på linje med andre medicinske færdigheder. Dette uddybes i følgende afsnit, hvor kommunikation betegnes som en klinisk færdighed på linje med andre:

“Effective communication between patient and doctor is a basic clinical skill which demands teaching just as much as the physical examination. It is increasingly recognised that it should and can be taught with the same rigour as other basic medical sciences (Duffy 1998; Meryn 1998).” [Silverman m.fl., 2005: side 20]

I ovenstående citat ekspliciteres det igen at *effektiv* kommunikation er en klinisk færdighed, og skal vægtes lige så højt som andre medicinske færdigheder – herunder den fysiske undersøgelse. Her er en præsupposition i henhold til ordet effektiv, som indikerer, at der eksisterer læge-patient kommunikation, som ikke er effektiv.

Samtidig nævnes det, at det bliver mere og mere anerkendt, at man kan og burde undervise kommunikation med samme stringens som andre medicinske færdigheder.

Igen er der en præsupposition, i form af at der på nuværende tidspunkt *ikke* forekommer kommunikationsundervisning på dette plan, hvilket underbygges af den 'stigende anerkendelse' – udgangspunktet er at kommunikation ikke undervises på lige med andre medicinske færdigheder. Denne gang er modaliteten dog en anelse lavere i form af 'should'. På samme måde som i tidligere udsagn, er dette et forsøg på at overbevise modtager om, at kommunikation er vigtigt – og her er der underbygget med evidens i form af andre kilder. At kommunikation er vigtig er generelt gentaget en del gange, og ses blandt andet også i udsagnet "*Communication is a core clinical skill that is necessary*" [Silverman m.f., 2005: side 14]. Vi har i analysen af disse udsagn erfaret at bogen på mange måder underbygger sin overbevisende adfærd med *gentagelser*.

Et andet emne, der tages op i bogen er kommunikationens funktion i forhold til medicin og dét at arbejde med mennesker. Dette kommer til udtryk i nedenstående udsagn:

*"How we communicate is just as important as what we say.
Communication bridges the gap between evidence-based medicine and
working with individual patients."* [Silverman m.fl., 2005: side 14]

I dette citat er det beskrevet, hvordan måden vi kommunikerer på, er lige så vigtigt som det vi siger. Ligeledes er kommunikation en bro mellem evidensbaseret medicin og arbejdet med individuelle patienter. Her er der en forestilling om, at der altså er en afstand mellem medicin som sådan, og det at håndtere individuelle patienter. '*Communication bridges the gap*' afspejler en forståelse af kommunikation, som en måde man forener medicin og individ; læge og patient. Og kommunikation skal her forstås, som måden der tales på. Det er altså måden, der tales på, der skal være i fokus for arbejdet mellem læge og patient ifølge afsender.

Alle ovenstående citater omhandler hvordan bogens forfattere opfatter kommunikation. Analysen af de delelementer, der vedrører kommunikation, har ledt os tættere på hvilke antagelser, der ligger til grund for undervisningskonceptet. Af generelle antagelser om kommunikation, kan nævnes følgende:

Kommunikation er:

- En kernefærdighed
- En tillært færdighed der kræver undervisning
- Ikke et personlighedstræk
- Er knyttet til selvet
- Skal være på linje med medicinske færdigheder (for det er det ikke)

- Er meget anderledes og kræver derfor undervisning
- Er lig måden der tales på
- Er en bro mellem medicin og individ

Ovenstående antagelser er hovedsageligt eksplicitte i bogens tekst, mens nogle enkelte er udvundet af præsuppositioner og implikaturer. Det, at de er eksplicitte, kan tolkes som et forsøg på at ændre noget, der på nuværende tidspunkt ikke er som forfatterne mener det bør være indenfor undervisning i kommunikation: der er for eksempel på nuværende tidspunkt ikke en antagelse af kommunikation, som værende på linje med andre medicinske færdigheder. Dette underbygges af den meget overbevisende karakter, som tekstens udsagn bærer præg af.

Der forekommer ligeledes her et ønske om at overbevise modtagerne om nødvendigheden af kommunikation.

Hvad disse antagelser har af betydning for konceptet, vil vi komme nærmere ind på i diskussionen, som følger analyseafsnittene.

Undervisning

I dette afsnit vil vi analysere os frem til, hvilke emner og tekstlige elementer, der omhandler kommunikationsundervisning. Vores fokus er på, hvordan kommunikation defineres i undervisningsregi og hvilke metoder og principper, der ligger bag undervisningen i Calgary-Cambridge konceptet.

Undervisningsprincipper

I forhold til konteksten undervisning, er der i bogen opstillet en række undervisningsprincipper, som danner et billede af, hvordan afsender ønsker undervisning i kommunikation skal foregå bedst muligt. Dette vil give os et indblik i, hvilke teoretiske grundprincipper, der er bag Calgary-Cambridge undervisningen i kommunikation.

Et emne, der tages op i disse principper er ensartet undervisning. Dette ses blandt andet i de følgende eksempler:

“We also feel that there is a strong need to unify communication skills teaching.” [Silverman m.fl., 2005: side 1]

Forfatterne beskriver i ovenstående, at der er behov for at gøre undervisningen i kommunikative færdigheder mere ensartet. Dette uddybes i nedenstående citater, hvor der tales om ensartet undervisning på studiet og på tværs af kulturelle og nationale grænser:

“A unified approach to communication skills teaching which crosses cultural and national boundaries is possible” [Silverman m.fl., 2005: side 5]

"A co-ordinated approach to communication skills teaching throughout undergraduate, residency and continuing medical education is necessary."
[Silverman m.fl., 2005: side 5]

I disse citater skildres det, hvordan bogens forfattere ønsker en ensartet undervisning verden over, samt en koordineret tilgang til undervisningen gennem medicinstudiet. Således er den ensartede undervisning altså et vigtigt element i grundprincipperne bag Calgary-Cambridge undervisningskonceptet.

Et andet, og meget centralt, emne i kommunikationsundervisning i henhold til Calgary-Cambridge konceptet er evidens. Det er tydeligt flere steder i bogens kapitler, at evidens er en meget vigtig faktor. Det er dog i selve undervisningsprincipperne ekspliciteret tydeligt i følgende udsagn:

"However, belief and passion are not enough to produce changes in medical education. Without evidence to back our claims of subsequent widespread improvements in the practice of medicine, we cannot expect the relatively new discipline of communication to make substantial inroads into an already crowded medical curriculum. So our final aim is to: provide an evidence-based approach to communication skills teaching and learning." [Silverman m.fl., 2005: side 2]

I ovenstående udsagn pointeres det, at man ikke kan basere forandringer i medicin på passion og tro, men at man er nødt til at underbygge med evidens. Dette er især nødvendigt for at kunne lade det fylde i et allerede overfyldt medicinsk pensum. Forfatterne er af den mening, at der skal fremstilles bevis for, at kommunikation virker, før det er forsvarligt at bringe det ind i skemaet på medicinstudiet. Her fremstilles bogens mål derfor som en tilgang til kommunikation, der er bygget op med bevis for udbytte.

At kommunikation skal være evidensbaseret, kommer ligeledes til udtryk i følgende udsagn:

"Communication skills teaching and learning need to be evidence based. Comprehensive theoretical and research evidence now exists to guide our approach to communication skills teaching and learning. Moreover, we present the evidence in a way that enables it to be actively used in the teaching process itself." [Silverman m.fl., 2005: side 4]

I dette citat nævnes det, hvordan der nu findes teoretisk og undersøgelsesbaseret evidens, der kan hjælpe til den færdighedsbaserede kommunikationsundervisning, og det ekspliciteres at forfatterne præsenterer denne evidens på en måde, der kan bruges i undervisningen.

Der er en forestilling om, at modtager ikke tidligere har været præsenteret for materiale, der har været evidensbaseret. Dette kommer til udtryk i ordvalget i form af 'now'. Der er bag dette ordvalg en præsupposition, der indikerer, at der ikke tidligere har eksisteret sådanne undersøgelser og teorier, der kan underbygge færdighedsbaseret kommunikationsundervisning.

Dette er med til at argumentere for, hvorfor undervisningskonceptet er det rigtige for modtageren; modtageren, der muligvis indtil nu har været skeptisk på grund af manglende evidens.

Det nævnes i bogen, hvordan kommunikationsfærdigheder skal undervises effektivt og give langvarige ændringer i den måde, der kommunikeres på blandt dem, som modtager undervisningen:

“Communication skills need to be taught effectively. In this book, we examine the need to do more than just produce a programme that looks impressive on paper. Communication programmes need to produce effective and long-lasting changes in learners’ communication skills.”
[Silverman m.fl., 2005: side 2]

Hovedtemaet i dette udsagn er at kommunikation skal trænes effektivt. Effektivt vil ifølge ovenstående udsagn sige, at det giver langvarige og effektive ændringer i modtagernes kommunikationsfærdigheder. Der nævnes dog ikke her, hvilke ændringer, der er tale om.

I forhold til bogens undervisningsprincipper og ovenstående analyse, er der følgende generelle antagelser.

Kommunikation:

- Skal være ensartet på tværs af lande, kulturer og semestre på medicinstudiet
- Skal være evidensbaseret
- Skal trænes effektivt
- Er effektivt når der sker langvarige ændringer i modtagers kommunikationsfærdigheder

Kommunikation er en færdighed som skal læres

Som vi erfarede tidligere i analysefasen, i henhold til konteksten kommunikation, understregede forfatterne vigtigheden i at betragte kommunikation som en lært færdighed. Dette underbygges og udbygges med, at kommunikation ikke nødvendigvis er noget man bare kan, og derfor skal undervisere også udvikle evner herfor:

“Communication skills teaching is different. Knowing how to teach about cardiology does not necessarily equip you to teach communication skills.

Even knowing how to communicate in normal conversation is not the same as understanding the specific skills of communicating with patients. Communication in medicine is a professional skill that needs to be developed to a professional level.” [Silverman m.fl., 2005: side 2]

I ovenstående forklares det, hvordan undervisning i kommunikation ikke er noget, man bare kan, men er noget, der er nødvendigt at lære.

I ordvalget er 'even' brugt som en betoning, hvilket giver et billede af, at antagelsen omkring kommunikation med patienter som noget man kan i forvejen, er til stede hos modtageren – bogen ønsker dermed, at møde modtagerne hvor de formodentlig er. At man underviser i medicin, betyder ikke nødvendigvis, at man kan undervise i kommunikation, altså er kommunikation en videnskab for sig; selvom man ved, hvordan man kommunikerer generelt, betyder det ikke, at man kan kommunikere med patienter, altså er kommunikationen med patienter noget, man skal lære på et professionelt niveau – en professionel færdighed. Udsagnet er derfor argumentation for, hvorfor kommunikation skal tages alvorligt på medicinstudiet.

Som nævnt tidligere i analysen, hænger kommunikation og følelser sammen ifølge forfatterne af konceptet. Dette beskrives som værende en overset faktor i medicinsk regi:

“Fourthly, we have to work with our own and others’ feelings in studying this subject, an aspect that is more easily avoided in the more cognitive and technical areas of medical education.” [Silverman m.fl., 2005: side 3]

Her nævnes det, at man i kommunikationsundervisningen arbejder med egne og andres følelser, og dette er et let overset emne i den mere tekniske del af medicinstudiet. Her kædes arbejdet med kommunikation, sammen med følelser.

Hvad denne antagelse har af indflydelse på forfatternes tilrettelæggelse af undervisning, og for konceptet som helhed, vil vi komme nærmere ind på videre i analysen og diskussionen.

Det er i bogen et overvejende stort tema, at kommunikation skal ses som en tillært færdighed, og at det er nødvendigt med en færdighedsbaseret undervisning i kommunikation. Dette underbygges i en række udsagn om kommunikation som tillært færdighed:

“A skills-based approach to communication skills teaching is essential. This book deliberately takes a predominantly skills-based approach to communication teaching rather than an attitude-based approach. Experiential skills-based teaching is the final common pathway that

converts understanding, knowledge and attitudes into behavior and action.” [Silverman m.fl., 2005: side 6]

Her er der fokus på, at kommunikative færdigheder er essentielt i tilgangen til kommunikationsundervisning, fremfor holdningsbaseret tilgang. Der er altså fokus på, at kommunikation skal ses som værende en række færdigheder, man lærer, i stedet for at der skal arbejdes med holdning og væremåde i undervisningen. Forfatterne ser altså kommunikation på to måder: som færdigheder og som holdning og væremåde. Heraf understreges det dog, at deres fremgangsmåde er færdighedsbaseret. Dette kan hænge sammen med den lægefaglige kontekst, hvor tilgangen, der bygger på holdninger og væremåde, muligvis er mere fremmed for modtageren.

I spørgsmålet om hvordan kommunikation bedst muligt skal undervises, er der ligeledes en del uddybende udsagn omkring kommunikation som værende færdighed frem for holdning og adfærd. Dette kommer blandt andet til udtryk i nedenstående udsagn:

“We believe that it is important to address both skills and attitudes in communication programmes, as well as the underlying intentions, beliefs and values which motivate them. However, in this book we concentrate primarily on the skills-based approach as it is the essential ingredient that enables change to occur in learners’ behavior. Although cognitive or attitudinal work helps learners to understand the concepts of why to communicate in a certain way, only the skills-based approach provides the skills that enable learners to put these intentions and attitudes into practice.” [Silverman m.f., 2005: side 6]

Her beskrives det, hvordan konceptet for Calgary-Cambridge er opbygget hovedsageligt omkring den færdighedsbaserede undervisning. Selvom det er vigtigt at inddrage både færdigheder, holdninger, bagvedliggende intentioner, overbevisninger og værdier er det stadig den færdighedsbaserede undervisning, der er i fokus. Hvorfor dette er tilfældet, kommer til udtryk i nedenstående citat:

“It may for instance become apparent through attitudinal work that increased empathy towards the patient might enable a learner to achieve more in the consultation. However, the learner may have little idea how to put this concept into practice. Without carrying attitudinal work one essential step further into skills acquisition, learners often cannot convert their new-found intentions into appropriate behavior.” [Silverman m.fl., 2005: side 60]

Her nævner afsender, hvordan færdighedsbaseret undervisning er en forlængelse af den adfærdsbaserede undervisning. Uden disse færdigheder, ville de studerende ikke være i stand til at bruge de adfærdsbaserede begreber. Empati er her en del af adfærdsbaseret undervisning. Det er interessant at de fokuserer på, at adfærdsbaseret undervisning ikke kan bruges i praksis uden færdigheder, mens der ikke fokuseres på, om færdigheder kan benyttes uden adfærd. Hvorvidt der egentlig benyttes denne adfærdsbaserede undervisning og hvorvidt ovenstående kommer til udtryk i modellen, som repræsenterer disse færdigheder, vil vi komme nærmere ind på videre i analysen og i diskussionen.

Kommunikation skal ifølge bogens forfattere læres som kernefærdigheder. Årsagen til dette findes blandt andet i nedenstående citat:

“Core skills are of fundamental importance – once they have been mastered, specific communication issues and challenges such as anger, addiction, breaking bad news or cultural issues can be much more readily tackled.” [Silverman m.fl., 2005: side 6]

Bogens forfattere er altså af den opfattelse, at de lærte kernefærdigheder, som de ønsker at undervise i, giver mulighed for at tackle ovenstående problemer. Det er interessant at så følelsesmæssigt store emner skal kunne håndteres ved enkelte færdigheder. Hvilke færdigheder, der er tale om, vil vi komme nærmere ind i nedenstående.

En interessant vinkel i forhold til de kommunikative færdigheder, er forfatternes tilgang til disse. De ønsker at lave en samlet platform af kernefærdigheder, som så skal kunne benyttes i alle former for situationer i praksis:

“We wish to provide a secure platform of core skills that will serve as the primary resource for dealing with all communication challenges. There is no need to invent a new set of skills for each issue. Instead, we need to be aware that although most of the core skills are still likely to pertain, some of them will need to be used with greater intention, intensity and awareness. We do need to deepen our understanding of these core skills and the level of mastery with which we apply them. But core skills that we describe represent the foundations for effective doctor-patient communication in all circumstances.” [Silverman m.fl., 2005: side 6]

Her nævnes det, hvordan de kommunikative kernefærdigheder skal udgøre en platform for håndteringen af kommunikative problemer. Her tilføjer de, at det er nødvendigt at uddybe forståelsen for disse kernefærdigheder, og at disse danner fundamentet for al læge-patient kommunikation.

Senere i bogen kommer forfatterne videre ind på, hvad disse kommunikative kernefærdigheder består af, hvilket er opstillet i nedenstående:

"1. Content skills – *what healthcare professionals communicate* – the substance of their questions and responses, the information that they gather and give, the treatments they discuss.

2. Process skills – *how they do it* – the ways in which they communicate with patients, how they go about discovering the history or providing information, the verbal and non-verbal skills that they use, how they develop the relationship with the patient, the way they organise and structure communication.

3. Perceptual skills – *what they are thinking and feeling* – their internal decision making, clinical reasoning and problem-solving skills; their attitudes and intentions, values and beliefs; their awareness of feelings and thoughts about the patient, about the illness and about other issues that may be concerning them; their awareness of their own self-concept and confidence, of their own biases and distractions" [Silverman m.fl., 2005: side 32]

Her er der opstillet tre forskellige kernefærdigheder, som er de færdigheder, forfatterne mener, skal læres som platform til alle former for kommunikation i praksis.

Først er der indhold, som består af *indholdet* i det, lægerne og andre sundhedsfaglige kommunikerer til patienten. Her er *indhold* defineret som de talte ord. Derfor er det talte altså en kommunikationsfærdighed.

Det andet punkt dækker over *hvordan*, lægerne kommunikerer. Her defineres måden der bliver kommunikeret på, som værende både struktur og organisering lige så meget som det er non-verbal og verbal kommunikation. En kommunikationsfærdighed kan derfor eksempelvis være at have struktur i kommunikationen.

Det tredje punkt omhandler hvad *lægerne tænker og føler*. Samlet set er denne færdighed bygget op omkring lægens egen selvindsigt i henhold til dennes attitude overfor patienten, hans holdninger og tanker om patienten, selvopfattelse samt bevidsthed om egne fordomme og distraktioner. Færdigheden dækker altså ikke så meget over indre følelser, som det dækker over lægens bevidsthed om egen kommunikation. Det er især i denne sammenhæng interessant, at der fokuseres i så stor grad på lægernes bevidsthed om følelser, og ikke på hvad patienten føler i en given situation. Hvad dette betyder for konceptet, vil vi dog komme nærmere ind på i vores diskussion.

Overordnet set kan man uddrage af disse færdigheder, at de er skrevet fra et undervisningsperspektiv, med den praktiserende læge som udgangspunkt. Fokus ligger på hvordan lægen skal kunne håndtere en konsultation med en række færdigheder, som er baseret på hvordan de tackler situationen strukturelt, verbalt og følelsesmæssigt.

Derudover bliver færdighederne ikke videre uddybet i dette afsnit. Der nævnes eksempelvis ikke hvilken slags non-verbal kommunikation, der kan være tale om; eller

hvilken måde lægen skal opnå denne selvbevidsthed. Dette vil vi som nævnt vende tilbage til i vores diskussion.

I forlængelse af disse eksempler på færdigheder, giver bogen eksempler på, hvordan disse kernefærdigheder kan bruges bedst muligt i en konsultationssituation:

“It is fascinating to examine the link between inner thoughts and feelings and outward communication. Thoughts and feelings about a patient (perceptual) can interfere with our normal behavior and block our communication. For instance:

- irritation with a patient’s personality (perceptual) can interfere with listening and lead to miss important cues (process).*
- physical attraction to a patient (perceptual) can prevent us from asking questions about sexual matters (content) that are vital to making a correct diagnosis.” [Silverman m.fl., 2005: side 33]*

Her er et eksempel på, hvordan lægens tanker og opfattelser kan påvirke en konsultation i forhold til processen. Her nævnes det hvordan, en fordom kan påvirke informationsindhentningen i en negativ retning, samt hvordan en fysisk tiltrækning kan have indflydelse på den fysiske undersøgelse. Igen er perspektivet fra lægens synvinkel, og patienten fremstår som en faktor, uden megen indflydelse på situationen og processen. Der nævnes heller ikke, hvordan lægens adfærd kan påvirke patienten i positiv eller negativ retning. Kommunikation opstilles i dette citat som en proces, eller kommunikationssituation, hvor modtageren er passiv, og hvor lægens tanker og opfattelser kan påvirke som en støjende faktor i henhold til diagnosticeringsprocessen.

I hele bogen bag Calgary-Cambridge konceptet er der fokus på ovenstående færdigheder, og i henhold til hvordan der skal arbejdes med disse, skrives følgende:

“We need to identify the actual skills that have been used, practice the individual components and then put them back together again into a seamless whole.” [Silverman m.fl., 2005: side 21]

Her beskrives det hvordan færdighederne først skal identificeres enkeltvis, derefter øves og efterfølgende samles til en helhed. Dette uddybes i nedenstående citat:

*“To teach and learn communication skills, we must first define the individual skills that make a difference to medical communication. We need to validate these skills by presenting the theoretical and research evidence that justifies their inclusion in our communication programmes.”
– [Silverman m.fl., 2005: side 29]*

Dette udsagn vidner om, at færdighederne identificeres, på baggrund af situationer hvor de har været i brug og gjort en forskel. Herfra valideres de og underbygges teoretisk. Der er altså en antagelse om, at kommunikation skal tages fra praksis og herefter underbygges teoretisk. Man kan dog stille spørgsmålstegn ved, om ikke det er problematisk, at der hermed udelukkes en teoretisk vinkel på kommunikation, som ikke er taget ud fra en medicinsk praksis, da denne kunne være nyttig. Dette vil vi ligeledes komme nærmere ind på i vores diskussion sidst i denne analysedel.

I henhold til kommunikation som færdighed, der skal læres, kan der i forhold til ovenstående analyse opstilles følgende antagelser:

- Undervisning i kommunikation er ikke noget man bare kan – det skal læres
- Det er en opfattelse at læger 'bare' kan kommunikere med patienter
- Arbejde med kommunikation indebærer arbejde med egne og andres følelser
- Kommunikationsundervisning skal være færdighedsbaseret frem for holdningsbaseret
- Kommunikation skal læres ud fra kernefærdigheder, og herunder:
 - o Nonverbal og verbal kommunikation samt struktur
 - o Lægens bevidsthed om egen kommunikation
- Færdigheder skal identificeres ud fra praksis

Erfaring og undervisning

Selvom det på mange områder er en god ting med erfaring, mener bogens forfattere, at det i undervisningssammenhænge kan være en hindring for optimal læring. Der er i nedenstående eksempel især fokus på dårlige vaner:

“While experience may be an excellent reinforce of habits, it tends not to discern between good and bad habits. Despite obvious deficiencies in consulting technique that are counter-productive to even basic doctor-patient communication, doctors persistently use the methods over and over again.” [Silverman m.fl., 2005: side 21]

I ovenstående udsagn beskriver forfatterne, hvordan lægers erfaring kan underbygge vaner, der i praksis både kan være gode og dårlige, samt at de har en tendens til at blive i vanerne. Ovenstående citat er et argument for, at der skal benyttes kommunikationstræning på studiet, for at undgå oplæring af læger med dårlige vaner. Der kommer dog ikke ind på hvordan, der rent undervisningsmæssigt vil tages stilling til de dårlige vaner, som de undervisende læger bringer med sig, og dette mener vi kan være problematisk, idet lægerne som undervisere også her vil give de dårlige vaner videre til de studerende i forhold til kommunikation med patienterne.

I forlængelse af hvorfor kommunikationstræning er nødvendig på medicin er forfatterne af den opfattelse, at de medicinstuderendes evner til at kommunikere vil direkte mindskes uden kommunikationstræning:

“We also know that without specific training in communication skills, medical students’ ability to communicate deteriorates as they progress through their traditional medical training.” [Silverman m.fl., 2005: side 22]

Og ligeledes i følgende citat:

“The actual process of medical training, of adopting the medical model and thought processes decreases their ability to communicate with patients.” [Silverman m.fl., 2005: side 22]

I ovenstående citater nævnes det at de medicinstuderendes evne til at kommunikere, vil decideret mindskes i gennem deres medicinske træning. Det uddybes videre, at den medicinske træning, den medicinske model og tankegang er det, der mindsker deres evner til at kommunikere. Der uddybes ikke hvordan det helt konkret sker, men opfattelsen er tydelig: kommunikation skal trænes for at læres i medicinuddannelsen, og for at forhindre at de studerendes evner til at kommunikere bliver mindre. Sproghandlingen i begge sætninger er direktiv og af advarende karakter, og har til hensigt at *overbevise* om nødvendigheden af kommunikationstræning. Den ønskede handling er derfor, at kommunikationstræning benyttes. Der er desuden en antagelse om, medicinstudiet som værende destruktivt i forhold kommunikative evner.

Et andet emne, der ligeledes tages op i undervisningskonteksten, er spørgsmålet om, hvorvidt man *kan* lave kommunikationsundervisningsmateriale, der kan anvendes i så bred en faggruppe, som medicin rækker over:

“Some commentators have suggested that it is not possible for a text on communication skills teaching and learning to be appropriate to both general practice and the wide range of settings found in specialist medicine, as these different contexts require very different skills. We disagree with this view and feel strongly that these arguments have in the past been responsible for holding back the development of communication training.” [Silverman m.fl., 2005: side 4]

Og samtidig er deres respons til ovennævnte udsagn, hvordan de søger at løse dette:

“In this book, we provide a coherent approach to teaching communication skills that highlights the core similarities yet still tackles the differences that occur in each context.” [Silverman m.fl., 2005: side 4]

I disse citater nævnes det, at forfatterne med bogen ønsker at skabe et fælles grundlag for undervisning i kommunikation på tværs af forskellige medicinrelaterede praksisser. Her er igen et forsøg på at imødekomme modtagers tvivl, og overbevise om, at denne form for kommunikation er anderledes, og *kan* overkomme disse forskelligheder. Samtidig underbygges det konceptuelle princip om at dette koncept er ensartet. Der nævnes dog ikke hvad den nævnte tilgang går ud på eller indeholder.

Sproget der benyttes i dette udsagn, er karakteriseret af afsenders stærke fremtræden i form af 'we disagree' og 'feel'. Dette er udtryk for deres personlige holdning, og afviger derfor fra den evidensbaserede metode, de søger at sælge.

I henhold til erfaring og undervisning har vi således identificeret følgende antagelser:

- Erfaring i medicinsk praksis kan være en hindring i form af gode/dårlige vaner
- Kommunikationstræning er nødvendigt for at studerende ikke mister evnen til at kommunikere
- Medicin er destruktivt i forhold til kommunikative evner
- Kommunikationsundervisning skal være ensartet

Hvorfor undervise i kommunikation

I bogen bag konceptet for kommunikationsundervisning, har forfatterne eksplicit opstillet en argumentation for, hvorfor der bør undervises i kommunikation. Herunder har de blandt andet opstillet en række evidensbaserede undersøgelser og udsagn fra andre fagkyndige, der skal underbygge denne argumentation. Et eksempel er nedenstående citat, vedrørende kommunikationstræning:

"For over 25 years we have had clear evidence that specific communication skills training can lead to improvements in doctors' communication skills: that interview skills can be taught is now beyond doubt (source)." [Silverman m.fl., 2005: side 23]

Her nævnes det, at der har været bevis for, at kommunikationstræning i specifikke færdigheder kan øge de kommunikative evner hos lægerne, og at det nu uden tvivl kan undervises i. Her er en præsupposition, som reflekterer en antagelse om, at det tidligere har været betvivlet at undervisning i læge-patient konsultation giver resultater.

Et andet væsentligt tema i argumentationen for kommunikationsundervisning, er hvordan kommunikation i praksis kan betale sig. Dette kommer til udtryk både i forbedring af resultater og i reducere af omkostninger:

"Communication is not, as some would say, simply good manners, being nice or 'pandering the patient'. The prize on offer is much greater than

this: communication skills training improves clinical performance.”
[Silverman m.fl., 2005: side 25]

Her er det ekspliciteret hvilke antagelser, forfatterne forventer at møde: kommunikation er bare gode manerer eller at snakke patienten efter munden. Samtidig skrives der at dette ikke er tilfældet, men at prisen er endnu vigtigere: kommunikationstræning forbedrer kliniske resultater. Her stilles en fordom om kommunikation overfor en endnu bedre realitet, hvilket gør kommunikationstræningen attraktiv.

Samtidig er der i bogen opstillet en række evidensbaserede langsigtede forbedringer i læge-patient kommunikation med udbyttet som fokus. Her opstilles det hvad læger og undervisere får ud af, at undervise i kommunikation, med eksempler på hvilke forbedringer, der forekommer på lang sigt. Disse forbedringer fungerer som belæg for, at indføre kommunikationstræning. Derudover er der opstillet en lang række beviser for denne virkning, i form af kilder vedrørende kommunikation i lægefaglig praksis [Silverman m.fl., 2005: side 25].

Derudover er der opstillet et punkt, vedrørende ønsket påvirkning i henhold til brugen af kommunikationstræningsundervisning:

”What then can we say to our institutions to convince them of the need to run communication skills programme?” [Silverman m.fl., 2005: side 25]

Der er altså meget stort fokus på hvad lægerne konkret får ud af at benytte kommunikation, også rent økonomisk, og samtidig et stort ønske om at overbevise lægerne om nødvendigheden med forskellige argumenter, hvilket bliver eksplicit i ovenstående citat. Derfra kan man udlede følgende generelle antagelser:

- Konsultationstræning i kommunikationsundervisning giver resultater
- Kommunikation er ikke bare gode manerer (personlighed)
- Kommunikationstræning forbedrer klinisk praksis
- Kommunikationsundervisning skal sælges (med evidens for resultater)

Kommunikationstræning og feedback

Et centralt tema i bogen, er kommunikation og feedback. I nedenstående kommer afsender ind på evidens for læring i eksperimentel kontekst som værende bedst:

”Knowledge does not translate directly to performance – a further step of specific experiential work is required to acquire new skills and change learners’ behavior.” [Silverman m.fl., 2005: side 62]

Viden kan altså ifølge ovenstående ikke, oversættes til handling, og det er derfor nødvendigt at kommunikationstræne de studerende, for at disse kan tilegne sig nye færdigheder og for at forandre deres adfærd. I dette citat understreges vigtigheden af kommunikationstræning. I forlængelse af dette, kommer afsender ind på, hvad nogle essentielle tiltag i kommunikationstræning er:

“Of course, you can learn from trial and error, by practice alone, but how much more efficient is it to be observed and receive feedback on your work. And how difficult is it to improve beyond a certain point without observation and feedback.” [Silverman m.fl., 2005: side 67]

Ovenstående citat omhandler hvad det indebærer at have eksperimentel undervisning. Afsender nævner, at det er svært at forbedre sig uden observation og feedback. Her stilles vigtigheden af feedback og observation op, overfor det at være ude og prøve tingene i praksis alene; hvis man skal lære noget, er det nødvendigt at blive observeret og få respons på dette.

Videre i bogen kommer afsender ind på, hvordan man bruger feedback mest effektivt, hvilket ses i nedenstående citater:

Feedback, like other communication, is most effective when it is an interactive process and not just the one-way delivery of a lecture telling someone how you think they did or what to do differently.” [Silverman m.fl., 2005: side 123]

“Interaction, collaboration and mutual discussion of all the message travelling both ways are required to enable the learner to hear, assimilate and potentially act on feedback. [Silverman m.fl., 2005: side 123]

Disse citater beskriver hvordan feedback bruges mest effektivt. Dette sker, ligesom i andre former for kommunikation, gennem en dynamisk proces, og ikke gennem envejskommunikation, hvor en person fortæller dig, hvad du skal gøre anderledes. Afsender ser altså feedback som en dynamisk tovejskommunikation, hvilket er nødvendigt for at de studerende får en god og lærerig oplevelse. Samtidig har afsender en mening om, at kommunikation generelt er mest effektivt, når det er en dynamisk proces. Dette udleder vi på baggrund af en præsupposition ud fra ordvalget *‘other communication’*.

I forhold til feedback nævnes der i nedenstående, hvordan feedback er et parallel til konsultationen i praksis:

“Please note, however, that the structure we suggest is flexible. Feedback is an interaction and not a direct transmission process – it is dynamic and

helical, an exact parallel to the consultation. Please do not view the approach outlined in the diagram as being set in stone.” [Silverman m.fl., 2005: side 132]

Dette citat fremlægger at den struktur de foreslår til inddragelse af feedback i undervisningen, er fleksibel. Dette begrundes med, at feedback er en interaktion og ikke en direkte transmissionsproces. Samtidig nævnes der, at denne interaktion kan sammenlignes med konsultationssituationen i praksis, som derfor også, ifølge afsender, er en dynamisk situation.

Det er i bogen ligeledes opstillet hvilken struktur, der er bedst i forbindelse med feedback:

“Communication training requires ‘formal’ instruction that is intentional, systematic, specific and experiential.” [Silverman m.fl., 2005: side 58]

Kommunikation kræver ifølge afsender en formel, systematisk, specifik og eksperimentel instruktion. Denne antagelse om feedback, er altså de grundlæggende principper bag kommunikationstræningens feedback situation. Dette stemmer dog ikke overens med, at feedback skal være en dynamisk proces.

I forhold til observation og feedback nævner afsender, at det kan være svært at få de studerende til at se de værdier, som observation og feedback giver, idet de forbinder dette med noget negativt:

“We therefore often have an uphill struggle to win learners over to the value of observation and feedback when all of their previous experiences tell them that they will not enjoy it. Observation and feedback need careful handling if their full potential for learning is to be realised.” [Silverman m.fl., 2005: side 68]

Observation og feedback kræver derfor, ifølge ovenstående citat, en omhyggelig håndtering, hvis det fulde potentiale for læringen skal realiseres. Her er en antagelse om, at observation og feedback kræver en varsomhed. Dette vil vi komme nærmere ind på i følgende afsnit omkring det støttende læringsmiljø.

I forhold til kommunikationstræning og feedback har vi altså identificeret følgende antagelser:

- Viden kan ikke oversættes direkte til handling og kommunikationstræning er derfor nødvendig
- Observation og feedback er mest effektivt i forhold til forbedring
- Feedback skal være en dynamisk proces

- Kommunikation er mest effektiv når det er en dynamisk proces
- Konsultationskommunikation er dynamisk
- Feedback kræver formel, systematisk, specifik og eksperimentel instruktion
- Feedback kræver varsom behandling

Hvad disse antagelser har af betydning for konceptet, vil vi komme ind på i diskussionen.

Støttende læringsmiljø

I forhold til kommunikationstræning, kommer bogen ind på vigtigheden af at have et støttende læringsmiljø. Dette kommer blandt andet til udtryk i nedenstående citat:

“This chapter focuses on additional facilitation tools which help to create a supportive climate for learning to maximize participation. These are essential elements of any learning leading to skill development or personal change and are therefore of particular importance in experiential communication skills.” [Silverman m.fl., 2005: 155]

Bogens afsender fortæller her, at der er vigtigt for underviserne, at få nogle redskaber til at danne et trygt undervisningsmiljø, da et trygt miljø maksimerer deltagelsen. Videre i citatet nævnes der, at disse redskaber er vigtigt i læring af færdigheder og i personlig forandring. Her kædes kommunikationstræning sammen med personlig udvikling. Dette er interessant i forhold til, at afsender tidligere har taget afstand fra kommunikationstræning, som værende knyttet til personlighed.

Videre i bogen kommer afsender med en række færdigheder, som underviser skal besidde i henhold til en effektiv kommunikationsundervisning. Disse færdigheder er, ifølge afsender, identiske med dem, der bruges i en konsultationssituation, og omhandler aktiv lytning, opmuntring, stilhed, parafrase, fortolkning, opklaring, indre opsummering og at identificere verbale og nonverbale tegn fra de studerende, eller i en konsultation, patienten [Silverman m.fl., 2005: side 164]. I henhold til disse færdigheder, nævner afsender ligeledes følgende:

These facilitative skills are also the key skills of non-directive counseling. They have been extensively discussed by Rogers (1980), Egan (1990) and others and are accepted as crucial elements of any communication which aims to encourage the client to talk more about their problems without undue professional direction.” [Silverman m.fl., 2005: side 164]

I ovenstående beskrives det, hvordan disse færdigheder er en del af den ikke-dirigerende terapiform, hvilket er et vigtigt element i henhold til kommunikation, hvor det ønskes, at få klienten til at tale om problemer uden at blive dirigeret. Her forstås færdighederne som en del af en terapiform, hvilket ikke hænger sammen med den meget færdighedsbaserede

tankegang, hvor kommunikationsundervisningen er bygget op om færdighedstræning. Hvorvidt dette spiller en rolle i henhold til modellens opbygning, og hvordan dette har indflydelse på konceptet i en helhed, vil vi komme nærmere ind på i analysen af modellen og videre i diskussionen.

I forhold til det støttende læringsmiljø, er der altså følgende antagelser:

- Støttende læringsmiljø øger deltagelse
- Kommunikationstræning er knyttet til personlig udvikling
- Kommunikationsunderviseren skal besidde og udføre samme færdigheder som i en konsultationskonsultation
- Kommunikationsfærdighederne kan sammenlignes med ikke-dirigerende terapi

Problembaseret undervisning

Et emne, der tages op i forbindelse med kommunikationstræning, er den problembaserede undervisning og læring. Dette kommer til udtryk i følgende citater:

“The answer lies in a problem-based approach in which the learners’ own perceived difficulties with doctor-patient communication provide the focus for observation and learning.” [Silverman m.fl., 2005: side 72]

“Learners are therefore motivated by a problem-based (rather than a subject-based) approach where the practical difficulties that they themselves are experiencing act as the stimulus for learning.” [Silverman m.fl., 2005: side 72]

“In problem-based learning, facilitators encourage learners to be actively involved.” [Silverman m.fl., 2005: side 72]

Denne undervisningsmetode er effektiv, idet de studerende er motiveret for at lære, når de har den opfattelse, at det de lærer er relevant i forhold til deres nuværende situation. Samtidig giver denne tilgang mulighed for, at de studerende er aktive i undervisningen. Her opstilles problembaseret læring, baseret på erfaringer, de studerende har fra praksis, overfor en emnebaseret tilgang. Dette mener vi kan være et godt udgangspunkt for de studerende, der dermed har mulighed for at tage emner op, som de har haft svært ved at håndtere i praksis. Hvad den problembaserede undervisning består af, uddybes i nedenstående:

“starting from where learners are, we attempt to address their needs, make learning and teaching relevant to their current situation and build on their existing knowledge, skills and experience. To prevent defensiveness,

communication skills teaching must seem relevant and not simply 'This is what you need because we're telling you so'." [Silverman m.fl., 2005: side 74]

Ud fra dette kan vi tolke, at det er vigtigt at relatere undervisningen til praksis. Afsender er eksplicit om vigtigheden af at møde de studerende, hvor de er (i praksis og på studiet). Samtidig er der en formodning om, at der er modstand mod kommunikationstræning. Dette udleder vi på baggrund af en præsupposition i ordene 'to prevent defensiveness'. Idet dette skal forebygges, forventes der altså en modstand. Hvorvidt denne relevans i henhold til praksis gør sig gældende i kommunikationstræningen, vil vi følge op på i diskussionen. I ovenstående er der følgende antagelser i henhold til problembaseret undervisning:

- Problembaseret undervisning motiverer og øger aktiv deltagelse
- Problembaseret undervisning er bedre end emnebaseret
- De studerende skal mødes hvor de er (i henhold til studie og praksis)
- De studerende har modstand imod kommunikationstræning

Undervisning af underviserne

I forhold til kommunikationsundervisning og kommunikationstræning, er der især fokus på underviserne. I denne forbindelse nævnes det, at undervisere ikke selv har modtaget undervisning i kommunikation:

"Most doctors who become communication skills facilitators received little communication training themselves during their own education. In fact, there may have been no teaching of communication skills at all when they were at medical school (source)." [Silverman m.fl., 2005: side 30]

Som det indikeres i ovenstående, har de fleste læger som underviser i kommunikation, kun selv modtaget meget begrænset kommunikationsundervisning da de studerede. De har derfor ikke nogen baggrundsviden og erfaringer, som de kan trække på. I henhold til dette, nævner afsender, at man derfor ikke kan gå ud fra, at underviserne nødvendigvis er bedre stillet end de studerende, hvilket ses i nedenstående citat:

"We cannot assume that facilitators necessarily have a better grasp of the subject matter than their learners." [Silverman m.fl., 2005: side 31]

Her nævnes det, hvordan underviserne uden kommunikationstræning ikke nødvendigvis har større indsigt i emnet kommunikation end de studerende. Dette er naturligvis problematisk, da undervisningen derfor ikke vil være underbygget teoretisk. Samtidig er der en stor chance for, at hele kommunikationsbegrebet vil blive meget subjektivt, hvilket vil påvirke den læring, de studerende får med videre.

Samtidig nævnes vigtigheden af, at underviserne får kommunikationsundervisning i det følgende:

“Even if they are good communicators, they may never have analysed what they do and so may have difficulty teaching it.” [Silverman m.fl., 2005: side 31]

I ovenstående citat nævnes der, at selvom underviserne er gode til at kommunikere, kan de ikke uden undervisning analysere sig frem til, hvad de gør, og kan derfor ikke formidle det videre i en undervisningssituation. Dette tolker vi, hænger sammen med, at den færdighedsbaserede undervisning er i forlængelse af praksis. Denne metode kræver, at man analyserer på de ting, der gøres i praksis, for derefter at isolere de enkelte færdigheder. Hvis denne analyse ikke har fundet sted, vil underviser derfor ikke kunne formidle dem videre. Dette kræver derfor undervisning, hvilket nævnes i nedenstående:

“We therefore need to enhance faculty development for communication skills teaching, building on the evidence base with regard to best practices for teaching and learning communication skills. And we need to tackle how best to train teachers so that they can apply these best practices in their teaching, regardless of whether it occurs in the classroom or on the wards (Spencer and Silverman 2001).” [Silverman m.fl., 2005: side 275]

Der er behov for at træne underviserne, så de kan bruge den viden de får gennem træningen i deres undervisning samt på afdelingerne. Underviserne kan altså bruge disse færdigheder både til at undervise og i praksis. Samtidig nævnes det i bogen, hvordan der indtil videre ikke har været særligt fokus på at undervise underviserne [Silverman m.fl. 2005: side 275]. Ifølge afsender er det altså vigtigt at underviserne får kommunikationstræning, og vi har på baggrund af dette identificeret følgende antagelser.

Kommunikationsundervisere skal trænes fordi:

- De har ikke selv modtaget undervisning
- Kommunikationsunderviserne kan ikke forventes at have mere viden om kommunikation end de studerende
- Kan ikke formidle deres egne egenskaber videre i undervisning uden at have analyseret dem (i henhold til den færdighedsbaserede metode)
- Kommunikationsunderviserne kan bruge undervisningen både i kommunikationstræning og i praksis

Empati

Et emne, der ikke fylder meget i bogen, men som vi alligevel finder relevant, er begrebet empati. Her uddybes der for første gang, hvad en færdighed består af:

"Empathy is not a word that is well understood by doctors. It is often confused with sympathy. It is well worth exploring the group's definitions of the term, fully appreciate their patient's position as they have not experienced it themselves. Explain that it is not necessary to have had direct experience of a problem in order to be empathic. It may be enough to show the patient that you are being sensitive and are attempting to put yourself in their position to understand how they view the world."
[Silverman m.fl., 2005: side 196]

I ovenstående citat, siger afsender, at empati ikke er et velforstået ord blandt læger, og ofte bliver forvekslet med sympati. Samtidig hvordan empati underviseren kan forklare de studerende omkring hvordan empati kan bruges i en konsultationssituation. Her nævnes det at empati er lig det, at sætte sig i en anden persons sted. I forlængelse af dette siges der følgende:

"Learners often do not appreciate that expressing empathy non-verbally may not be sufficient. Patients benefit from a verbal response that lets them know they are understood. Work out exact phrases which demonstrate empathy in specific situations. You may need to give examples to demonstrate that one key to making empathic statements, is the linking of the 'I' of the doctor and 'you' of the patient. Discuss the accepting response as one means to demonstrate empathy." [Silverman m.fl., 2005: side 196]

Her forklares det, at patienter ofte har brug for en verbal tilkendegivelse i form af empati, og empati kædes her sammen med 'I' og 'du'. I disse citater beskrives empati i praksis. Der nævnes dog ikke i denne sammenhæng, hvorfor det er vigtigt at bruge empati, og heller ikke hvad dette gør ved patienten. Derfor kommer der ikke nogen dybere forståelse for brugen af denne færdighed, hvilket vi ikke mener, er hensigtsmæssigt. På denne måde vil de studerende ikke opnå en dybere forståelse for kommunikation generelt, og derfor vil undervisningen heller ikke virke relevant, hvilket afsender tidligere har nævnt, er vigtigt.

En antagelse i ovenstående er, at læger ofte ikke har kendskab til empati.

Efter ovenstående analyse af de tre kontekster, vil vi kort opridse de antagelser, vi er kommet frem til i en opsamling.

Generelle antagelser – en opsamling til første analysedel

Efter at have undersøgt de forskellige kontekster og de tekstlige delelementer heri, vil vi i følgende model illustrere de antagelser vi er kommet frem til i analysen:

Generelle antagelser i 'Teaching and Learning Communication Skills in Medicine'

Kommunikation i praksis

Kommunikation er vigtigt i den medicinske praksis
Modtager ikke forstår vigtigheden af kommunikationsundervisning
Kommunikation skal sælges til modtager
Kommunikation er vigtigt for patienten
Et økonomisk og resultatorienteret perspektiv er nødvendigt for at overbevise modtager
Modtagerne skal mødes hvor de er

Kommunikation i undervisningen

Kommunikationstræning og feedback

Viden kan ikke oversættes direkte til handling og kommunikationstræning er derfor nødvendig
Observation og feedback er mest effektivt i forhold til forbedring
Feedback skal være en dynamisk proces
Kommunikation er mest effektiv når det er en dynamisk proces
Konsultationskommunikation er dynamisk
Feedback kræver formel, systematisk, specifik og eksperimentel instruktion
Feedback kræver varsom behandling

Problembaseret undervisning

Problembaseret undervisning motiverer og øger aktiv deltagelse
Problembaseret undervisning er bedre end emnebaseret
De studerende skal mødes hvor de er (i henhold til studie og praksis)
De studerende har modstand imod kommunikationstræning

Empati

Læger har ofte ikke kendskab til empati

Kommunikation generelt

En kernefærdighed
En tillært færdighed der kræver undervisning
Ikke et personlighedstræk
Er knyttet til selvet
Skal være på linje med medicinske færdigheder (for det er det ikke)
Er meget anderledes og kræver derfor undervisning
Er lig måden der tales på
Er en bro mellem medicin og individ

Støttende læringsmiljø

Støttende læringsmiljø øger deltagelse
Kommunikationstræning er knyttet til personlig udvikling
Kommunikationsunderviseren skal i undervisning besidde og udføre samme færdigheder som i en konsultationskonsultation
Kommunikationsfærdighederne kan sammenlignes med ikke-dirigerende terapi

Undervisning af undervisere

Undervisere ikke selv undervist
Kommunikationsundervisere kan ikke forventes at have mere viden om kommunikation end de studerende
Kan ikke formidle deres egne egenskaber videre i undervisning uden at have analyseret dem (færdighedsbaserede metode)
Kommunikationsundervisere kan bruge undervisningen både i kommunikationstræning og i praksis

Udover disse antagelser, har vi identificeret en stor mængde direkte sproghandlinger. Disse sproghandler handler hovedsageligt om, at opfordre modtager til at benytte Calgary-Cambridge konceptet som undervisningsform.

Et interessant emne, er den færdighedsbaserede læring, som går igen i alle kontekster. Her er der stor fokus på kommunikation som færdighed, mens der ikke uddybes i principperne bag modellen, hvad disse færdigheder består i. Dette vil vi diskutere yderligere i analysen af modellen, som er baseret på disse færdigheder. Samtidig er det interessant, at færdighederne i kommunikationstræningen sammenlignes med terapibegreber, hvilket er i modstrid med den færdighedsbaserede undervisningsform. Samtidig antager bogen, at hvis man besidder disse færdigheder, er man i stand til at klare alle kommunikative situationer.

I bogen ekspliciteres det ligeledes flere steder, at kommunikation ikke er det samme som personlighed. Dog er der flere eksempler på, at bogen knytter kommunikation sammen med personlige egenskaber og personlig udvikling. Disse antagelser vil vi diskutere yderligere efter analysen af modellen i vores diskussionsafsnit.

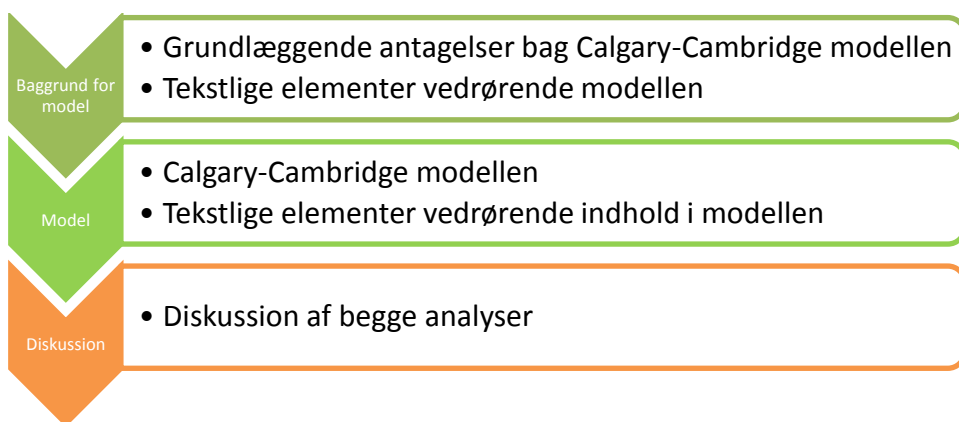
Anden analysedel

Analyse af Calgary-Cambridge modellen

Analyse af Calgary-Cambridge modellen

I denne analysedel vil vi arbejde med Calgary-Cambridge modellen [Silverman m.fl., 2005: side 44], som er dannet på baggrund af Calgary-Cambridge konceptet. Hvor bogen generelt set beskæftiger sig med hele undervisningskonceptet, som udgør Calgary-Cambridge konceptet, er selve modellen en mere konkret fremgangsmetode i undervisningsregi. Modellen danner baggrund for undervisning i henhold til kommunikationstræningen og i henhold til den kommunikation, som de studerende skal benytte sig af, når de kommer ud i praksis. Denne model er derfor et produkt af de kontekster, der hører sig til første analysedel. Den repræsenterer hele konceptet, og vil derfor være en central del i besvarelsen af problemformuleringen.

Hvor første analysedel beskæftiger sig med de grundlæggende principper for hele kommunikationsundervisningskonceptet, vil denne analysedel undersøge principperne bag modellen og undersøge selve formidlingen i modellen. Derfor er der også her forskellige kontekster. Vi vil herunder indledningsvist undersøge hvilke grundlæggende principper og antagelser, der ligger til grund for selve modellen, hvorefter vi vil analysere selve modellen. Her vil vi have mulighed for at fokusere på hele konceptet som helhed, hvilket vil give os et indblik i hvordan konceptet kan udfordres. Dette vil vi tage op i vores diskussion efter analysen. Med disse forskellige kontekster kommer strukturen for denne analysedel til at se ud som følger:



I forhold til ovenstående model ses det, hvordan de enkelte afsnit fører os videre til det næste, for til sidst at ende i diskussionen, hvor vi vil diskutere formidlingen i Calgary-Cambridge modellen; både i henhold til de generelle principper bag modellen og i henhold til hele konceptet.

Analyse af de grundlæggende principper for Calgary-Cambridge modellen

I nedenstående vil vi inddrage citater fra bogen, der beskriver afsenders egne antagelser omkring modellen. Derudover vil vi analysere og diskutere de grundlæggende principper bag modellen, og herunder blandt andet deres kommunikationsforståelse.

Det første citat vi har valgt at inddrage, omtaler afsender Calgary-Cambridge Modellen som værende et evidensbaseret startsted:

“The framework and skills of the Calgary-Cambridge Guides provide an evidence-based starting point for defining the objectives of both the communication curriculum and the evaluation process and for standardizing the instruments used in both formative and summative assessment.” [Silverman m.fl., 2005: side 256]

Den formative evaluering er en type evaluering, der afholdes løbende med henblik på at ændre på undervisning eller indsats, og den summative er en afsluttende evaluering, der, på det tidspunkt den afholdes, får karakter af en bedømmelse. Ud fra dette kan vi udlede at modellen har mere end én funktion, og kan bruges i flere kontekster. I forlængelse af dette er der til slut i bogen opstillet et skema til bedømmelse af de studerendes brug af Calgary-Cambridge modellens punkter [Silverman m.fl., 2005: side 330-335]. Dette er interessant i forhold til kommunikationstræning og feedback, idet en sådan punktformet feedback, ikke er dynamisk.

Afsender forholder sig til selve modellen, hvor der i bogen beskrives at modellen består af 71 opstillet punkter, hvilket ses i det følgende citat:

“The Calgary-Cambridge Process Skills Guide delineates and briefly defines 71 core, evidence-based communication process skills that fit into framework of tasks and objectives” [Silverman m.fl., 2005: side 43]

I ovenstående citat, beskriver afsender hvordan modellen kort skitserer og definerer 71 kerne evidensbaserede kommunikations færdigheder, som passer ind i nogle rammer med opgaver og mål. I dette citat ekspliciteres det, at punkterne i modellen alle er evidensbaseret, samtidig med at de passer ind i de diagrammer, vi har beskrevet i præsentationen af empiri. Kernefærdighederne bliver heller ikke her uddybet.

Videre i afsnittet om modellen, har afsender visse antagelser om, hvordan disse 71 opstillet punkter vil blive modtaget:

“The first issue is how to enable learners to perceive the value and helpfulness of the guide without being discouraged initially by its 71 individual communication process skills.” [Silverman m.fl., 2005: side 39]

I ovenstående nævner forfatterne et problem i forhold til modellen, som er at få de studerende, til at se modellens værdier, uden at blive skræmt af de 71 opstillet punkter. Der forekommer i dette en præsupposition, der ligger, i at forfatterne ønsker at modvirke de studerende til at blive skræmt af modellen, og dermed må de have nogle antagelser om, at modellens 71 punkter kan virke skræmmende på de studerende. Der kan altså forekomme nogle problemer i forhold til modellen, og et af dem er, at punkterne kan virke skræmmende på de studerende. Deraf kan man tolke, at afsender mener denne opstilling er overvældende, og at kommunikationsmaterialet er stort.

Samtidig med at forfatterne ikke vil skræmme med de 71 punkter, ønsker de heller ikke at oversimplificere medicinsk kommunikation:

“At the same time we want to be careful not to over-simplify medical communication – it is a complex and challenging field and we would not do justice to it if we reduced the guide to only a few skills.” [Silverman m.fl., 2005: side 39]

Medicinsk kommunikation er et komplekst og udfordrende felt, og det vil ikke være retfærdigt overfor feltet at reducere modellen ned til nogle få færdigheder. Der er i citatet brugt en upgrader i form af ordet *‘over-simplify’* som er med til at understrege, hvordan afsender ikke mener medicinsk kommunikation kan simplificeres. Antagelsen bag modellen er, at medicinsk kommunikation er komplekst og udfordrende. Man kan dog diskutere, hvorvidt afsender ikke allerede har oversimplificeret den medicinske kommunikation, ved at opstille punkter, som ikke bliver uddybet. Dette vil vi dog komme nærmere ind på i analysen af modellen.

Videre siger afsender følgende om modellen:

“The guides present a comprehensive repertoire of skills to be used as a required, not a list to be slavishly followed.” [Silverman m.fl., 2005: side 43]

Ud fra ovenstående citat kan det antages at, modellen ikke bør bruges som en liste, der følges slavisk, da dette bliver for opsat. Som afsender tidligere har nævnt er kommunikation en fleksibel og dynamisk proces, som man ikke kan styre eller forudse, og derfor kan man ikke bruge modellen slavisk. Der forekommer en upgrader i form af ordet *“comprehensive”*, som understreger at der ikke blot er tale om et repertoire, men et *omfattende* repertoire i form af færdigheder. Man kan dog argumentere for, at den

punktformede opstilling ikke lægger op til en dynamisk proces, men i stedet fordrer en slavisk gennemgang. Denne underbygges af det tidligere nævnte bedømmelsesskema.

I forlængelse af at kommunikationstræningen ikke må være en tjekliste, skriver afsender følgende:

“The guides are not intended to be used as a checklist with items ticked off as the means of giving feedback. Checklists foster a ‘pass/fail’ mentality that stifles learning rather than promoting it. Instead, participants and facilitators are encouraged to write detailed, specific and descriptive comments on the form to guide their discussion. We have produced versions of the guide that offer space for recording comments within the structured sections of the guides.” [Silverman m.fl., 2005: side 121]

Hvis modellen bruges som tjekliste, vil dette skabe en bestået/ikke bestået mentalitet, som vil hindre læringen. Hertil nævnes der, at der skal skrives præcise og detaljerede kommentarer til vejledningen, for at undgå dette. Man kan dog diskutere hvorvidt disse kommentarer vil fremme en dynamisk proces, og gøre den mindre slavisk i den punktformede gennemgang. Der nævnes ikke her, hvordan feedbacken skal leveres, eller hvordan den nævnte diskussion skal forløbe. Derfor mener vi ikke, at modellen i en kommunikationstræningssituation er dynamisk.

De 71 opstiller punkter, kan som tidligere nævnt, opfattes som værende uoverskueligt for de studerende. Afsender skriver derfor i nedenstående:

“Is it really necessary to try to incorporate all of these skills into each consultation? Our unapologetic answer to this is that the medical interview is indeed very complex and cannot be summed up in a few broad generalizations.” [Silverman m.fl., 2005: side 51]

“Does this mean that you have to use all 71 skills in every encounter? The answer, of course, is no. we are not suggesting that every skill needs to be employed on every occasion. Which skills you need will depend on the situations and the specific outcomes that you and the patients want to achieve.” [Silverman m.fl., 2005: side 51]

Afsender stiller i første citat et spørgsmål, som kunne være stillet af nogle studerende. Det første spørgsmål lyder på, om det virkelig er nødvendigt at få indarbejdet alle punkter i hver eneste konsultation, hvilket det ifølge afsender er. Afsender mener altså, at alle disse punkter, skal indarbejdes i konsultationen idet kommunikation er kompleks. Samtidig nævner afsender dog i næste citat, at det ikke er nødvendigt at bruge alle punkterne i enhver situation. Færdighederne er afhængige af, hvad lægen og patienten vil have ud af

konsultationen. Der er her en uoverensstemmelse mellem at skulle indoperere alle færdigheder hver gang, men samtidig selv tage stilling til, hvornår disse skal bruges. Dette mener vi, kan være svært, idet der ikke i gennem bogen eller beskrivelsen af disse færdigheder, uddybes hvad færdighederne gør eller hvorfor man skal bruge dem. Dermed bliver færdighederne nemt udenadslære, hvilket heller ikke repræsenterer den dynamiske metode.

I nedenstående citat beskriver afsender modellens brug:

“Effective communication is at the root of effective facilitation. In fact, the skills required to communicate effectively with patients are so similar to those required for teaching that the Calgary-Cambridge Guides serve equally well as a summary of both communication and facilitation skills”.
[Silverman m.fl., 2005: side 155]

Modellen henvender sig derfor ifølge dette ligeså meget til underviserne, og kan bruges af disse til at tilegne sig undervisningsfærdigheder, som de kan bruge i kommunikationsundervisningen. Bag modellen foreligger altså en antagelse om, at de færdigheder, der gør sig gældende forhold til at undervise, er de samme som i dem der bruges i praksis. Disse overvejelser vil vi tage med i analysen af modellen.

Analyse af Calgary-Cambridge modellen

I denne analyse vil vi analysere selve indholdet i Calgary-Cambridge modellen. Denne analyse vil derfor være af anderledes karakter end de andre, da det empiriske materiale som analysen tager udgangspunkt i, består af en punktopstillet model. Dette vil give os et indblik i Calgary-Cambridge konceptets antagelser vedrørende de enkelte elementer, der spiller en rolle for kommunikation i en konsultation. Dermed har vi mulighed for at uddrage generelle antagelser omkring læge-patient kommunikation, og finde frem til hvilke kommunikative aspekter og generelle antagelser i forhold til læge-patient kommunikation, der eventuelt kan udfordres.

Hvad indeholder modellen

Modellens indhold præsenteres i begyndelsen af det afsnit, der omhandler Calgary-Cambridge modellen. Her forklares formålet med modellen og hvordan denne er opbygget:

"First, we provide a set of three diagrams that outline the framework of a communication curriculum and place it in the context of a comprehensive clinical method." [Silverman m.fl., 2005: side 39]

Her beskrives det hvordan modellen er opbygget af tre diagrammer, som danner rammen for et kommunikationsundervisningsmateriale, og som er placeret i en kontekst af en omfattende klinisk metode. Disse tre diagrammer udgør selve modellen, som vi præsenterede i vores afsnit om 'præsentation af empirisk baggrund'. Af dette udsagn kan det forstås, hvordan kommunikationsfærdighederne i modellen er placeret i en medicinsk kontekst, hvilket der skal tages hensyn til i den videre analyse af modellen.

Kommunikationen er en del af en større kontekst, hvor hovedformålet er at udrede en patient og stille en diagnose. Efterfølgende beskrives det hvordan disse kommunikative færdigheder er implementeret i den del af modellen, der udgør de 71 punkter:

"Secondly, we provide a comprehensive list of some 70 communication process skills that fit explicitly into this framework. By following this sequence, learners can be introduced initially to the 'essential elements' as depicted in the basic conceptual model and can then progress gradually to the comprehensive list of specific process skills relevant to each broad area." [Silverman m.fl., 2005: side 39]

Efter de tre diagrammer har den studerende mulighed for at gå i dybden med de 71 punkter af opstillede kommunikative færdigheder, som er relevante for enhver praksis af kommunikation mellem læge og patient. Punkterne udgør altså de kommunikative færdigheder, den studerende skal kunne. Herudover beskrives det, hvordan modellen

ligeledes giver indblik i indholdet af konsultationen, samt hvordan modellens opbygning er med til at fremme læringen:

"As a third and final stage, we provide a guide to the content of the medical interview which offers a new method of conceptualising and recording information during the consultation and in the medical record."
[Silverman m.fl., 2005: side 39]

"Because of this 'fit', the two guides reinforce each other and encourage integration of content with process skills. This arrangement marries the content and process elements of the medical interview within a single model for the practice of a truly comprehensive clinical method."
[Silverman m.fl., 2005: side 39]

I disse udsagn beskrives der, hvordan indholdet i den medicinske samtale med patienten er en del af modellen, og at dette er nyt indenfor metoden omkring medicinundervisning. Der tales om processen, som er samtalen, kommunikationen samt strukturen og om indholdet, som er det, lægen skal få ud af konsultationen, netop patientens sygehistorie og en udredning af patienten, som to forskellige guider, der styrker hinanden og giver mulighed for at øve en omfattende medicinsk metode. Når vi videre i analysen vil analysere på modellen, er der her tale om de 71 punkter, der danner baggrund for både indhold og processen, og som dækker over de kommunikationsfærdigheder, Calgary-Cambridge modellen vægter højt.

Calgary-Cambridge modellen

Efter at have opridset hvad formålet med modellen er, samt hvilke elementer der indgår, vil vi fortsætte med analysen af selve modellen. Vi har for overskuelighedens skyld inddelt analysen efter modellens egne overskrifter.

Initiating the session – indledende møde

Denne overskrift i modellen omhandler den indledende del. Et eksempel på kommunikation mellem læge og patient findes i de indledende tre punkter under 'Establishing initial rapport'. Her beskrives det, hvordan lægen bedst muligt skal indlede konsultationen i henhold til indledende kontakt:

*"1 Greets patient and obtain patient's name
2 Introduces self, role and nature of interview; obtains consent if necessary
3 Demonstrates respect and interest; attends to patient's physical comfort"* [Silverman m.fl., 2005: side 44]

I disse ovenstående punkter, gennemgås den indledende kontakt til patienten. Først skal lægen hilse og derefter *indhente* patientens navn. I henhold til ordvalg er 'indhente' meget

formelt og stringent, og kunne være erstattet af for eksempel 'spørge til'. Dette gør den kommunikative færdighed klinisk og instrumentel, og hænger i lav grad sammen med at der her skal skabes kontakt, i forhold til den studerendes bevidsthed. Derudover beskrives det, hvordan lægen skal præsentere sig selv, sin rolle, konsultationens karakter og vise respekt og sørge for patientens fysiske komfort. Lægen skal udvise respekt og interesse, men der nævnes ikke her, eller i baggrundslitteraturen, hvordan man gør dette, eller hvorfor dette er vigtigt i henhold til patienten. Dette kan være problematisk, da den studerende ikke nødvendigvis har begreb om, hvad dette vil sige. Respekt og interesse kan på baggrund af ovenstående altså defineres som værende en kommunikativ færdighed, der skal øves. Hvordan dette bør trænes, nævnes dog heller ikke i modellen, hvilket på samme måde er problematisk.

De efterfølgende punkter omhandler årsagerne for konsultationen, hvor lægen (og den studerende) skal tale med patienten om følgende:

- "4. Identifies the patient's problems or the issues that the patient wishes to address with appropriate opening question (e.g. 'What problems brought you to the hospital?' or 'What would you like to discuss today?' or 'What questions did you hope to get answered today?'*
- 5. Listens attentively to the patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response*
- 6. Confirms list and screens for further problems (e.g. 'so that's headaches and tiredness, anything else?'*
- 7. Negotiates agenda taking both patient's and physician's needs into account" [Silverman m.fl., 2005: side 44]*

I ovenstående beskrives der, hvorvidt lægen stiller et 'passende åbningsspørgsmål'. Herefter er der opstillet eksempler på, hvad passende åbningsspørgsmål kan være. Der bliver ikke opstillet nogen kriterier for, hvad 'passende' vil sige, og dette kan skabe forvirring hos den studerende. Samtidig forklares der ikke hvorfor dette er vigtigt i forhold til patienten. Igen er det kliniske sprogbrug med til at skabe en distance til det at skabe *kontakt* til patienten. Herudover står der, hvordan lægen skal lytte opmærksomt og ikke afbryde patienten. Herved forstås lytning som en kommunikativ færdighed. Herudover nævnes processuelle færdigheder som undersøgelse for andre problemer samt forhandling af dagsorden, hvor lægen skal tilgodese patientens behov.

I henhold til afsnittet 'indledende møde' er der i samtalen mellem læge og patient i konsultationssammenhæng altså fokus på den indledende kontakt til patienten. Eksempler på kommunikative færdigheder er respekt og interesse i patienten, passende åbningsspørgsmål og opmærksom lytning til patienten. Patientens behov er altså i fokus rent processuelt i forhold til det første møde, idet punkterne her søger at imødekomme

patientens behov. Det kliniske ordvalg og manglende uddybning af, hvordan lægen skal benytte de kommunikative færdigheder, gør det svært at gennemskue hvordan lægen rent faktisk skal skabe den indledende kontakt.

Gathering information – indhentning af information

Denne overskrift i modellen koncentrerer sig hovedsageligt om, hvordan lægen eller den studerende gennem kommunikative færdigheder og redskaber skal finde ud af, hvilke problemer patienten har og opnå indsigt i patientens perspektiv. Herunder beskrives det i punktform, hvordan lægen bør udfylde denne opgave, og herunder hvordan lægen bør indhente information:

- ”8. Encourages patient to tell the story of the problem(s) from when first started to the present in own words (clarifying reason for presenting now)*
- 9. Uses open and closed questioning techniques, appropriately moving from open to closed*
- 10. Listens attentively, allowing patient to complete statements without interruption and leaving space for patient to think before answering or go on after pausing” [Silverman m.fl., 2005: side 44]*

I ovenstående beskrives det hvordan lægen skal opmuntre patienten til at fortælle om sine problemer med egne ord. Samtidig skal der bruges åbne og lukkede spørgsmål i ’den passende rækkefølge fra åbne til lukkede spørgsmål’. Dette uddybes dog ikke yderligere, hvilket vanskeliggør for den studerende, at forstå hvad en passende rækkefølge er, samt hvad åbne og lukkede spørgsmål egentlig er. Samtidig gør passende adfærd det til en subjektiv vurdering, da dette heller ikke er uddybet. Idet vurderingen bliver subjektiv, vil den være afhængig af personen, der vurderer, og dermed ikke være en færdighed. Videre nævnes det at lægen ikke må afbryde patienten, og samtidig skal der gerne være plads til at patienten kan holde en pause. Idet dette er en del af modellen, er begge altså eksempler kommunikative færdigheder, som den studerende skal tilegne sig.

I forlængelse af dette, er der fokus på, at lægerne skal benytte både verbal og nonverbal kommunikation i konsultationen, samt være opmærksom på netop denne slags kommunikation ved patienten:

- ”11. Facilitates patient’s responses verbally and non-verbally (e.g. use of encouragement, silence repletion, paraphrasing, interpretation)*
- 12. Picks up verbal and non-verbal cues (body language, speech, facial expression, affect); checks out and acknowledges as appropriate”*
[Silverman m.fl., 2005: side 44]

Her er der fokus på den nonverbale kommunikation. Lægen skal bruge verbal og nonverbal kommunikation for at imødekomme patientens svar og her nævnes der eksempler som opmuntring, tavshed, parafrase og fortolkning. Samtidig skal lægen holde øje med, og være anerkendende overfor, patientens verbale og nonverbale tegn, som for eksempel kropssprog, tale, ansigtsudtryk og om patienten er følelsesladet. Igen nævnes der ikke, hvad disse forskellige nonverbale udtryk kan betyde hos patienten, og der gives heller ikke den studerende noget grundlag for, hvordan denne skal handle på dem.

Udover de verbale og nonverbale elementer er der fire følgende punkter, som ligeledes skal gøre kommunikationen mellem læge og patient mere effektiv i indhentning af informationen:

"13. Clarifies patient's statements that are unclear or need amplification (e.g. 'Could you explain what you mean by light headed')

14. Periodically summarizes to verify own understanding of what the patient has said; invites patient to correct interpretation or provide further information

15. Uses concise, easily understood questions and comments, avoids or adequately explains jargon

16. Establishes dates and sequences of events" [Silverman m.fl., 2005: side 44]

I disse punkter er der fokus på, hvordan lægen skal spørge ind til de ting, der er uklare i forhold til patientens redegørelse. Dette vises også med et eksempel, som gør det lettere at forestille sig en situation i praksis. I andet punkt i uddraget nævnes opsummering som kommunikativt redskab. Her står der, at opsummeringen kan hjælpe patienten til at rette på lægen og eventuelt komme med mere information. Dog nævnes det ikke, hvilken effekt det har på patienten, at lægen opsummerer. Fokus er her på, at der bliver givet den rette information til udredning af patienten. Videre i dette uddrag beskrives det, hvordan spørgsmål skal være kortfattede og letforståelige, samt at det er mest hensigtsmæssigt at undgå jargon. Dette kan skyldes, at afsender mener, patientens skal mødes, hvor denne er, og derfor skal der tales på et sprog, patienten kan forstå. Samtidig kan dette være for at undgå misforståelser i udredningen af patienten.

Efterfølgende er der i modellen opstillet en række punkter, der skal give lægen, og den studerende, indblik i 'patientens perspektiv'. Hvad dette perspektiv dækker over og hvilke færdigheder, der benyttes i denne forbindelse, beskrives i nedenstående punkter fra modellen:

"17. Actively determines and appropriately explores:

- Patient's ideas (i.e. beliefs re cause)*

- *Patient's concerns (i.e. worries) regarding each problem*
 - *Patient's expectations (i.e. goals, what help the patient had expected for each problem*
 - *Effects: how each problem affects the patient's life*
18. *Encourages patient to express feelings" [Silverman m.fl., 2005: side 45]*

Her er det eksplicit at lægen skal kunne sætte sig ind i patientens perspektiv. Det er vigtigt at lægen 'aktivt fastlægger' og 'på passende vis undersøger' patientens ideer, patientens bekymringer omkring hvert problem, patientens forventninger som for eksempel hvad patienten ønsker for hvert problem og effekt; herunder hvordan problemerne påvirker patientens liv. Derudover skal lægen opmuntre patienten til at vise følelser. Det interessante er her, at selvom det handler om at undersøge patientens perspektiv, er alle punkterne egentlig formuleret således, at de ikke umiddelbart er fra patientens eget perspektiv; der nævnes ikke hvordan dette vil gavne patienten. Samtidig gives der heller ikke nogen uddybende forklaring på, *hvordan* de skal opfordre patienten til at vise følelser. Dette kan vi forestilles os er problematisk for en lægestuderende, som ikke har meget kendskab til kommunikation som teori og som i forvejen føler sig usikker og ny i faget.

I 'indhentning af information' er der altså fokus på både at lede patienten i en retning, der giver mulighed for at lave en hensigtsmæssig udredning og diagnosticering, og samtidig udforske patientens perspektiv. Samtidig er der eksempler på hvordan lægen kan kommunikere med patienten, mens der ikke opstilles eller uddybes generelle antagelser omkring hvordan kommunikationen udføres mest hensigtsmæssigt i forhold til patientens perspektiv. Dette vil vi tage med videre i diskussionsafsnittet.

Providing structure to the consultation – skabe struktur

Det følgende omhandler, hvordan lægen og den studerende i en træningssituation bedst muligt opretholder og følger en struktur i samtalen med patienten. Her nævnes det, hvordan organiseringen gøres åbenlys og hvordan der opretholdes flow i samtalen:

- "19. Summarizes at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section*
- 20. Progresses from one section to another using signposting, transitional statements; includes rationale for next section*
- 21. Structures interview in logical sequence*
- 22. Attends to timing and keeping interview on task" [Silverman m.fl., 2005: side 45]*

Her er det nævnt hvordan lægen, i henhold til at skabe struktur, skal opsummere, strukturere i en logisk rækkefølge og sørge for at samtalen med patienten i henhold til konsultationen er i fokus. Opsummering bruges her som et redskab til at sørge for den

rigtige udredning og forståelse, men kan samtidig være med til at patienten føler sig hørt. Vi kan dog ikke på baggrund af ovenstående konkludere, hvilken hensigt der er med opsummering her, udover at den skal fremme en struktur.

På baggrund af ovenstående punkter vedrørende struktur i samtalen, udleder vi, at der foreligger en antagelse om, at kommunikative færdigheder er et redskab til at skabe struktur. Dette er interessant i forhold til afsenders syn på kommunikation, idet kommunikation bliver et redskab til at fremme processen, og dermed bliver procesorienteret.

Building the relationship – opbygge et forhold

Denne overskrift dækker over, hvordan forholdet mellem lægen og patienten opbygges bedst muligt. Herunder er en række punkter med kommunikative færdigheder, som skal være med til at opbygge et forhold mellem læge og patient. Et eksempel er overskriften 'en passende non-verbal adfærd' som hører til følgende punkter:

"23. Demonstrates appropriate non-verbal behavior

- *Eye contact, facial expression*
- *Posture, position & movement*
- *Vocal cues e.g. rate, volume, intonation*

24. If reads, writes notes or uses computer, does in a manner that does not interfere with dialogue or rapport

25. Demonstrates appropriate confidence" [Silverman m.fl., 2005: side 45]

Her er det udspecificeret hvad nonverbal kommunikation består af: øjenkontakt, ansigtsudtryk, holdning, position og bevægelse, stemmeleje, stemmевolumen og intonation. Disse nonverbale udtryk er alle nogen, som lægen skal forholde sig til, dog uden at få specificeret hvad 'en passende nonverbal adfærd' er. Det kan som læge være svært at forholde sig til en række begreber, som ikke er specificeret i forhold til *hvordan* disse skal bruges, hvilket kan være overvældende i en kommunikationstræningssituation eller i en virkelig situation i praksis, hvor lægen hele tiden samtidig skal fokusere på udredning af patienten. Det er positivt at der er fokus på de nonverbale elementer i kommunikationen. Dog er den manglende specificering uhensigtsmæssig, idet den studerende ikke får mere viden omkring begreberne. I en undervisningssituation kan man formode, at de studerende vil spørge underviser omkring definition af passende adfærd, hvilket vil gøre denne vurdering subjektiv i forhold til underviserens egen mening. Ifølge et andet punkt skal lægen ligeledes sørge for at noteskrivning ikke forstyrrer samtalen, hvilket er med til at opretholde en samtale med patienten uforstyrret. Dette er igen fra patientens perspektiv, og derfor med til at opretholde det opbyggede forhold. Samtidig skal lægen 'udvise passende selvtillid', hvilket igen ikke er defineret. Hvordan lægen skal kunne vurdere hvad en passende selvtillid er, er igen ikke nævnt. Dette vil føre

til endnu en subjektiv vurdering af, hvad passende er, hvilket kan resultere i forskellige fortolkninger af hvordan, man som læge skal opføre sig nonverbalt for at opbygge et forhold til patienten. Hvis ordvalget havde været anderledes, eller der havde fulgt en begrundelse med, ville dette muligvis have været nemmere at forstå og forholde sig til. Eksempelvis ville en definition af afsenders forståelse af selvtillid med tilhørende eksempler, kunne give den studerende en retningslinje for at udvise denne selvtillid.

Et andet punkt under opbygning af forhold er 'developing rapport', hvor lægen skal udvise en forståelse for patienten. Dette kommer til udtryk i følgende punkter:

- "26. Accepts legitimacy of patient's views and feelings; is not judgmental*
- 27. Uses empathy to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament, overtly acknowledges patient's views and feelings*
- 28. Provides support: expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self care; offers partnership*
- 29. Deals sensitively with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated with physical examination" [Silverman m.fl., 2005: side 45]*

I ovenstående uddrag fra modellen, skal lægen kunne anerkende patientens holdninger og følelser uden at være fordomsfuld. Igen nævnes der ikke hvordan dette kan gøres hensigtsmæssigt. Samtidig skal lægen også udvise empati i forhold til forståelse og anerkendelse af patientens følelser. Tidligere i analysen kom vi ind på, hvordan afsender var bevidst om at læger ofte forvekslede empati og sympati. Dette blev dog ikke uddybet. Dog kan man argumentere for at der burde være en uddybende forklaring i henhold til empati som kommunikativ færdighed.

Videre i dette uddrag nævnes det, hvordan lægen skal støtte patienten, vise at de bekymrer sig om patienten, udvise forståelse og håndtere pinlige emner og fysisk smerte i forbindelse med den fysiske undersøgelse. Den kommunikative færdighed består i altså i henhold til disse begreber i møde patienten hvor personen er, og disse egenskaber er ifølge afsender med til at opbygge et forhold til patienten.

Ydermere er det et punkt under opbygning af forhold, at lægen skal involvere patienten:

- "30. Shares thinking with patient to encourage patient's involvement (e.g. 'What I'm thinking now is.....')*
- 31. Explains rationale for questions or parts of physical examination that could appear*

*32. During physical examination, explains process, asks permission”
[Silverman m.fl., 2005: side 46]*

Lægen skal under disse punkter sørge for, at involvere patienten i sine tanker, samt forklare hvad der gøres i en fysisk undersøgelse. Af dette kan man udlede, at det er vigtigt i henhold til at patienten skal føle sig hørt, og at involveringen af patienten vil give denne en tryghed og føle sig hørt. Det beskrives dog ikke i punkterne at dette er årsagen til involvering. Dette er relevant, hvorfor vi vil komme nærmere ind på i opsamlingen og i diskussionen efter analysen.

Samlet set er forholdet mellem læge og patient, bygget op omkring en række færdigheder, der dækker over involvering af patient, nonverbal kommunikation, empati og forståelse. Lægen skal sørge for at have den rette fremtoning overfor patienten og sige det rette, på det rette tidspunkt. Dette er kommunikative færdigheder, som skal muliggøre at der kan opbygges et forhold mellem læge og patient. Det færdighedsbaserede er altså meget i fokus, og der er mindre fokus på at forstå *hvorfor* disse færdigheder er vigtige i forhold til, hvad de gør ved patienten på et menneskeligt plan. Dette vil vi dog som nævnt uddybe nærmere i diskussionen.

Explanation and planning – information, rådgivning og planlægning

Modellen har under denne overskrift fokus på, hvordan der bedst muligt rådgives, informeres og planlægges. Herunder står der i bogen under overskriften *‘providing the correct amount and type of information’* hvordan der gives den rigtige mængde og type information:

*”Aims: to give comprehensive and appropriate information to assess each individual patient’s information needs to neither restrict nor overload
33. Chunks and checks: gives information in assimilable chunks, checks for understanding, uses patient’s response as a guide to how to proceed
34. Assesses patient’s starting point: asks for patient’s prior knowledge early on when giving information, discovers extent of patient’s wish for information
35. Asks patients what other information would be helpful (e.g. aetiology, prognosis)
36. Gives explanation at appropriate times: avoids giving advice, information or reassurance prematurely” [Silverman m.fl., 2005: side 46]*

I henhold til den rigtige mængde information, er målet at give information i *‘bidder’*, samt at give omfattende og passende forståelig information for at imødekomme de individuelle patienters informationsbehov. Herunder skal lægen tjekke at patienten forstår den givne information, og bruge patientens svar som guide til hvordan samtalen skal fortsætte.

Samtidig skal lægen undersøge hvilken information patienten ønsker at få og undgå at give for tidligt svar og forsikring. Alle disse færdigheder, er baseret på at patientens behov skal tilgodeses. Der er altså her fokus på patientens informationsbehov, og dermed er patientens perspektiv i fokus. Her er der et fokus på kommunikative færdigheder, som et redskab til at tilgode patientens behov.

Efterfølgende er der fokus på, hvordan lægen gør det nemmest for patienten at huske og forstå informationen, der gives:

"Aims: to make information easier for the patient to remember and understand

37. Organizes explanation: divides into discrete sections, develops a logical sequence

38. Uses explicit categorization or signposting (e.g. 'There are three important things that I would like to discuss. 1st...' 'Now, shall we move on to...')

39. Uses repetition and summarizing to reinforce information

40. Uses concise, easily understood language, avoids or explains jargon

41. Uses visual methods of conveying information: diagrams, models, written information and instructions

42. Checks patient's understanding of information given (or plans made): e.g. by asking patient to restate in own words; clarifies as necessary"

[Silverman m.fl., 2005: side 46]

Her er der som nævnt fokus på, at lægen skal gøre det lettere for patienten at huske og forstå den information, der bliver givet til konsultationen. Dette gøres ved at opdele og kategorisere informationen, ved at bruge gentagelser og opsummeringer for at underbygge informationen, letforståeligt sprog og ved at bruge visuelle metoder samt at tjekke patientens forståelse af den givne information ved for eksempel at bede patienten gentage det sagte. Her er der fokus på at generere forståelse hos patienten. Ud fra dette kan vi tolke, at information til patienten er vigtig, i henhold til at patienten kan forholde sig til diagnosen. Dermed er patientens behov her i fokus.

I forlængelse af dette, opstilles der punkter, som har fokus på at lægen inddrager patientens perspektiv, for at opnå en fælles forståelse:

"Aims: to provide explanations and plans that relate to the patient's perspective to discover the patient's thoughts and feelings about information given to encourage an interaction rather than one-way transmission

43. Relates explanations to patient's perspective: to previously elicited

ideas, concerns and expectations

44. Provides opportunities and encourages patient to contribute: to ask questions, seek clarification or express doubts; responds appropriately

45. Picks up and responds to verbal and non-verbal cues (e.g. patient's need to contribute information or ask questions, information overload, distress

46. Elicits patient's beliefs, reactions and feelings re: information given, terms used; acknowledges and addresses where necessary" [Silverman m.fl., 2005: side 47]

Her er målet, at der skal være en tovejskommunikation, som skal dannes ved at lægen laver planer og forklaringer, der relaterer sig til patientens perspektiv, for at få adgang til patientens tanker og følelser. Dette skal gøres ved at inddrage patientens bekymringer og forventninger, ved at gøre plads til patientens spørgsmål og respons, ved at holde øje med patientens nonverbale tegn på at ville deltage og ved at fremmane og anerkende patientens holdninger og reaktioner. Lægen skal altså hele tiden holde fokus på hvad patienten har af meninger og tage hensyn til patientens følelser, for at få inddraget patientens perspektiv.

Afslutningsvist i dette punkt, er der opstillet punkter, der henviser til, hvordan lægen skal sørge for et fælles beslutningsgrundlag:

"Aims: to allow patients to understand the decision-making process to involve patients in decision making to the level they wish to increase patients' commitment to plans made

47. Shares own thinking as appropriate: ideas, thought processes and dilemmas

48. Involves patient:

- offers suggestions and choices rather than directives

- encourages patient to contribute their own ideas, suggestions

49. Explores management options

50. Ascertains level of involvement patient wishes in making the decision at hand

51. Negotiates a mutually acceptable plan

- signposts own position of equipoise or preference regarding available options

- determines patient's preference

52. Checks with patient

- if accepts plans,

- if concerns have been addressed" [Silverman m.fl., 2005: side 47]

I ovenstående uddrag er målet at inddrage patienten i beslutningstagningen, for at øge patientens tilhørsforhold til beslutningerne, der tages i konsultationen. Dette skal helst gøres ved at lægen stiller spørgsmål på en bestemt måde, udforsker hvilken grad af involvering han eller hun ønsker og tjekker op på om patienten accepterer planen. Her er der ligeledes fokus på patientens perspektiv i konsultationen og i udredningen.

I henhold til ovenstående, kan man sige at i forhold til emnet omkring 'information, rådgivning og planlægning' er de kommunikative færdigheder bestående af forskellige tiltag, der skal involvere patienten; herunder opsummering, at tale og gøre på en bestemt måde for at opnå en ønsket reaktion. Dermed er der i denne del af modellen fokus på at imødekomme patientens behov i forhold til konsultationen. Patienten skal inddrages i diagnosticeringen og beslutningstagningen, samt forstå den information, der er givet. Dette tolker vi, kan få patienten til at føle sig imødekommet og hørt i henhold til den givne behandling.

Closing the session – afslutte samtalen

I henhold til modellen, er det sidste punkt omhandlende, hvordan lægen mest hensigtsmæssigt afslutter samtalen i konsultationen. Herunder er der fokus på den følgende planlægning:

*"53. Contracts with patient re: next step for patient and physician
54. Safety nets, explaining possible unexpected outcomes, what to do if plan is not working, when and how to seek help" [Silverman m.fl., 2005: side 47]*

Her er der fokus på, at lægen skal lave en kontrakt med patienten i henhold til, hvad det næste skridt er for patienten og lægen, samt planlægge et *sikkerhedsnet*, hvor lægen beskriver mulige uventede udfald, hvad der gøres hvis planen ikke virker og hvor og hvordan patienten i så fald kan søge hjælp. Her er altså fokus på udredningsdelen og på at afslutte rent praktisk.

Derudover nævnes der i det følgende, hvordan samtalen med patienten bedst muligt afsluttes:

*"55. Summarizes session briefly and clarifies plan of care
56. Final Check that patient agrees and is comfortable with plan and asks if any corrections, questions or other issues" [Silverman m.fl., 2005: side 47]*

Her er der fokus mere på patienten; hvordan der afsluttes bedst muligt i henhold patientens perspektiv. Her nævnes det hvordan lægen skal opsummere konsultationen kort, og tjekke om patienten har det godt med den førnævnte plan, og samtidig tjekke om

der er nogle ændringer eller spørgsmål hertil. Her ses konsultationen i henhold til patientens perspektiv. Dog forklares det igen ikke nærmere, hvad det har af betydning for patienten at blive hørt i hverken modellen eller i baggrundsmaterialet for modellen, og der opnås derfor ikke en dybere forståelse for denne kommunikative færdighed i henhold til vigtigheden i at afslutte konsultationen på denne måde, og i at patienten bliver hørt.

Options in explanation & planning (Includes Content and Process Skills) – Flere muligheder i forbindelse med information og planlægning (indeholdende indholdsmæssige og processuelle færdigheder)

Afslutningsvist i modellen opstilles en række færdigheder, som er en slags ekstra til modellens processuelle gennemgang af konsultationen. Her opstilles en række punkter og eventuelle begivenheder. Herunder blandt andet, hvordan lægen bedst muligt håndterer en diskussion af holdninger og vigtighed af problemer:

- "57. Offers opinion of what is going on and names if possible*
- 58. Reveals rationale for opinion*
- 59. Explains causation, seriousness, expected outcome, short and long term consequences*
- 60. Elicits patient's beliefs, reactions, concerns re opinion" [Silverman m.fl., 2005: side 48]*

I denne situation er det nævnt, hvordan lægen i en given diskussion af holdninger og problemer, skal tilbyde sin mening og grundlag for denne, forklare sammenhæng, alvorlighed og konsekvenser, samt inddrage patientens holdninger, reaktioner og bekymringer.

Derudover nævnes der i følgende punkter, hvordan lægen kan forhandle handlingsplan på et fælles grundlag med patienten:

- "61. Discusses options e.g., no action, investigation, medication or surgery, non-drug treatments (physiotherapy, walking aides, fluids, counseling), preventive measures*
- 62. Provide information on action or treatment offered: name steps involved, how it works, benefits and advantages, possible side effects*
- 63. Obtains patient's view of need for action, perceived benefits, barriers, motivation*
- 64. Accepts patient's views, advocates alternative viewpoint as necessary*
- 65. Elicits patient's reactions and concerns about plans and treatments including acceptability*
- 66. Takes patient's lifestyle, beliefs, cultural background and abilities into consideration*

67. Encourages patient to be involved in implementing plans, to take responsibility and be self-reliant
68. Asks about patient support systems, discusses other support available”
[Silverman m.fl., 2005: side 48]

Her nævnes det, hvordan lægen rent praktisk skal forklare i detaljer, hvad der foregår, og hvad der kommer til at foregå, give information og samtidig skal inddrage patientens livsstil, holdninger, baggrund, motivation og samtidig skal lægen opmuntre patienten til selv at tage ansvar.

Det sidste punkt i modellen omhandler lægens håndtering af diskussion om undersøgelser og procedurer:

”69. Provides clear information on procedures, (e.g. what patient might experience, how patient will be informed of results
70. Relates procedures to treatment plan: value, purpose
71. Encourages questions about and discussion of potential anxieties or negative outcomes” [Silverman m.fl., 2005: side 48]

I henhold til dette uddrag, beskrives det i forlængelse af ovenstående hvordan lægen skal give klar information og relatere proceduren til overordnet behandlingsforløb. Samtidig skal lægen opmuntre til spørgsmål og diskussion af potentielle negative resultater.

I det sidste ekstra afsnit, er der altså fokus på proceduremæssige foranstaltninger i henhold til konsultationen. Der er opstillet scenarier for kommunikationssituationer i konsultationen, og der gives eksempler på færdigheder til at håndtere disse. Her kommer den færdighedsbaserede læring til udtryk, idet der er opstillet disse enkelte færdigheder til bestemte situationer.

Opsamling

Hele modellen er opstillet i punktform. Dette har naturligvis betydning for hvor uddybende modellen kan være i de enkelte punkter. Dog er der mulighed for at disse punkter kunne være uddybet på anden vis, hvilket ikke er tilfældet i hverken Calgary-Cambridge modellen eller i den bagvedliggende litteratur. Den punktlig opstilling står altså alene i sin fremtræden, som værende grundlag for kommunikationsfærdigheder indenfor medicin.

Ordvalget i modellen er generelt opstillet og kort defineret vedrørende patientens opfattelse, på trods af at formålet er at skabe kontakt. Ordvalget i modellen er kortfattet i henhold til den punktformede, hvilket kan gøre det svært ikke at associere til en tjekliste.

I forhold til den indledende kontakt mellem læge og patient, som er de første punkter i dagsordenen for konsultationen, og i selve mødet med kommunikationsfærdigheder i undervisningen, er de kommunikative færdigheder hovedsageligt baseret på at udvise respekt og interesse, samt lytte til patienten. Her skal lægen træde lidt i baggrunden og *gøre plads* til patienten.

Et andet interessant emne i modellen, er hvor modellen taler om patientens perspektiv. På baggrund af modellen, forstås det, at lægen skal kunne sætte sig ind i patientens perspektiv ved hjælp af patientens nonverbale udtryk. Den kommunikative færdighed består i at møde patienten hvor personen er, og disse egenskaber er med til at opbygge et forhold til patienten. Der er mange punkter i modellen, som skal fremme at lægen forstår patientens perspektiv, mens der dog ikke specificeres yderligere, hvordan dette gavner patienten eller hvad patienten føler i baggrundslitteraturen. Selvom patientens perspektiv eksplicit er i fokus, er det altså ikke tydeligt for lægen, hvad de enkelte kommunikative færdigheder rent faktisk gør for patienten.

Et interessant punkt er ligeledes, hvor der flere steder i modellen nævnes at noget skal være 'passende' eller i en 'passende mængde'. Der uddybes ingen steder, hvad en passende mængde er, hvilket derfor vil være op til den enkelte. Når det er op til den studerende selv, eller underviseren, hvad der er passende, vil dette føre til endnu en subjektiv vurdering af, hvad passende mængde er, hvilket kan resultere i forskellige fortolkninger af hvordan, man som læge skal opføre sig nonverbalt for at opbygge et forhold til patienten.

Generelt set i alle dele af modellen, er der ikke uddybet hvad de enkelte færdigheder gør ved patienten, eller hvorfor de skal gøres. Ingen dybere forståelse for kommunikation. Det kan som læge være svært at forholde sig til en række begreber, som ikke er specificeret i forhold til *hvordan* disse skal bruges, hvilket kan være overvældende i en kommunikationstræningssituation eller i en virkelig situation i praksis, hvor lægen hele tiden samtidig skal fokusere på udredning af patienten.

Samlet set er opbygning af forhold mellem læge og patient, bygget op omkring en række færdigheder, der dækker over involvering af patient, nonverbal kommunikation, empati og forståelse. Lægen skal sørge for at have den rette fremtoning overfor patienten og sige det rette, på det rette tidspunkt. Dette er kommunikative færdigheder, som skal muliggøre at der kan opbygges et forhold mellem læge og patient. Det færdighedsbaserede er altså meget i fokus, og der er mindre fokus på, at forstå *hvorfor* disse færdigheder er vigtige, eller hvad de gør ved patienten på et menneskeligt plan. Dette vil vi dog som nævnt uddybe nærmere i diskussionen.

Efter ovenstående analytiske arbejde, vil vi i følgende afsnit diskutere, de pointer vi er kommet frem til, og dermed have mulighed for at definere de enkelte generelle antagelser og synspunkter, der ligger bag Calgary-Cambridge konceptet.

Diskussion

Diskussion

I dette afsnit, vil vi som tidligere nævnt inddrage de analytiske hovedpunkter, vi har fundet frem til i analysen af bogen bag modellen og selve modellen. Her vil vi diskutere de vigtigste pointer, og komme frem til hvad de grundlæggende teoretiske antagelser for Calgary-Cambridge konceptet er.

At sælge kommunikation

Vi har i analysen fundet frem til, at der forekommer mange direktive sprog handlinger, hvor afsender ønsker en handling i form af at modtager benytter kommunikation i praksis og i undervisning. Samtidig har vi identificeret en antagelse om, at det er nødvendigt at sælge kommunikation. Dette kommer ligeledes til udtryk i henhold til kommunikationssituationerne, hvor afsender træder stærkt frem i den emotive funktion, mens der samtidig i den konative funktion søges en overbevisning af modtager. Dette formoder vi, har at gøre med de antagelser afsender har, om at modtagerne ikke forstår vigtigheden af kommunikation i praksis samt at modtagerne i henhold til undervisning har modstand i mod kommunikationstræning.

Afsender mener kommunikation er forbundet med manglende motivation og villighed til at lære, men kommer dog ikke eksplicit ind på, hvad denne modstand skyldes. Dette mener vi, kan skyldes at de medicinstuderende i deres valg af studiet, har et fokus på det medicinske og det er her deres engagement er størst. Kommunikationsundervisning er, som afsender nævner, meget anderledes fra medicin, og falder derfor udenfor dette fokus. Dog mener vi, at hvis der i formidlingen af konceptet, var en dybere beskrivelse af, hvorfor kommunikation er vigtigt for læge og patient i praksis, ville engagementet muligvis være større.

Konceptet ønsker at gøre kommunikationen relevant og interessant, ved at knytte det til praksis i den problembaserede undervisning. Dog er der heller ikke her uddybet noget teoretisk grundlag for, hvad kommunikationen gør for situationen og relationen mellem læge og patient.

Det, at der er fokus på at konceptet skal sælges, gør formidlingen dirigerende i forhold til, at modtager bliver styret i retning af en overbevisning. Dette kan skabe opmærksomhed omkring konceptet, men det store fokus kan også tage fokus fra andre vigtige ting, som der ikke er brugt mange resurser på. For eksempel kunne afsender have inddraget en refleksion over kommunikation i medicinsk praksis og skabt grundlag for en dybere kommunikativ forståelse både i henhold til kommunikation generelt og i henhold til medicinsk praksis. Hvis modtager på denne måde havde fået denne refleksion med, ville bogen muligvis have 'solgt sig selv'.

Teoretiske antagelser

I analysen har vi identificeret en række antagelser, der giver udtryk for den teoretiske tilgang, afsender har til kommunikation.

Hovedsageligt lægges der vægt på at kommunikationsundervisning skal være færdighedsbaseret, og at kommunikation er en færdighed, der skal læres, og er ikke bare noget man kan. At kommunikation skal læres, mindsker eventuelle fordomme om, at kommunikation er noget man bare kan.

De enkelte færdigheder identificeres ifølge afsender i en observation af praksis, hvorefter færdighederne udpeges og øves. Dette betyder, at færdighederne ikke på forhånd har et teoretisk og refleksivt grundlag. Dermed bliver færdighederne tilfældige og subjektive i udvælgelsen.

At kommunikation er færdighedsbaseret, betyder, at afsender ser kommunikation som en teknik og et redskab. At noget er en teknik og et redskab, betyder at det er noget, der skal læres, øves og derefter praktiseres. Definitionen på en færdighed er, at man er praktisk dygtig; man lærer ved praksis. I konceptet er der meget stor fokus på træning og praksis, mens det metateoretiske og refleksive aspekt, er sat i baggrunden. Den færdighedsbaserede kommunikationsforståelse indeholder ikke nogen dybere refleksion over, hvorfor kommunikation i medicin er vigtig.

Medicinuddannelsen er bygget op omkring medicinske færdigheder, såsom diagnosticering og udredning af patienter. I Calgary-Cambridge konceptet er kommunikation defineret som en færdighed på lige med disse, selvom kommunikation er anderledes. Medicin er orienteret mod diagnosticering og et facit, og er altså udbytteorienteret. Dette mener afsender ligeledes gør sig gældende for kommunikation. Det manglende refleksive niveau, gør kommunikation til noget praktisk, der skal læres, med henblik på et udbytte. Dermed er deres forståelse af kommunikation udbyttebetinget.

Man kan sige at det er positivt, at der er fokus på praksis, idet kommunikationen skal knyttes til en praksis i virkeligheden. Dog kan man ikke udelukke dette refleksive niveau, som kan give en dybere forståelse for, hvad kommunikation har af betydning i praksis.

I forhold til det metateoretiske aspekt, er der ikke mange eksplicitte overvejelser i bogen bag modellen. Der er ikke reflekteret over hvorfor kommunikation er bedst som færdighedsbaseret, og hvorfor der ikke er nogen dybere forståelse for kommunikation på et refleksivt niveau. I stedet er der i bogen mange gentagelser, hvor det understreges, at kommunikation er en færdighed som skal trænes.

I forhold til praksis har det konsekvenser, i form af at kommunikationen mellem læge og patient ligeledes bliver færdighedsbaseret og dermed rutinepræget. Idet lægerne ikke får en dybere forståelse for kommunikationen, har de ikke noget at forholde sig til overordnet; de har kun en række enkelte færdigheder på et lavpraktisk niveau. Dermed bliver brugen af færdighederne tilfældig og overfladisk. Hvis lægen havde en forståelse for, hvad aktiv lytning gjorde for patienten og hvornår brugen af dette er relevant, ville det falde lægen naturligt ind at bruge det i situationen.

I henhold til den færdighedsbaserede tilgang nævner afsender, at denne er en forlængelse af den holdningsbaserede tilgang. Den holdningsbaserede tilgang er baseret på attitude og lægens indre bevidsthed om sine følelser såsom fordomme, aggressioner og lignende. Der er reflekteret over, at der altså eksisterer to forskellige slags tilgange, hvor den færdighedsbaserede er bedst i praksis. Dermed er der ikke åbnet op for den mulighed, at der kan være andre tilgange. Kommunikation er altså enten en færdighed, eller en bestemmelse og refleksion over lægens bevidst om egne holdninger og følelser. På denne måde bliver patientens indflydelse på kommunikationen ikke taget hensyn til.

I litteraturen bag konceptet er det nævnt, at de anvendte kommunikationsredskaber i konceptet, er lig de begreber, der bruges i en såkaldt ikke-dirigerende terapi. De kommunikative begreber er lig begreber, der bruges i en terapi, hvor man søger at få klienten til at komme ind på sine problemer, uden at blive styret. Dette kan være årsagen til, at de begreber der bruges i modellen, er begreber vi kan genkende fra vores kommunikationstræning. Det er fordelagtigt med disse kommunikative redskaber i forhold til formålet, som er at komme frem til en udredning af patienten. Dog er der uoverensstemmelse mellem en terapeutisk tilgang til kommunikation og det at se kommunikation som en teknik. Derfor virker valget af begreber ikke velovervejet, og man kan stille spørgsmålstegn ved, om afsender har reflekteret over dette.

Skal færdighederne ikke uddybes

I henhold til de teoretiske overvejelser, har vi erfaret, at de kommunikative færdigheder ikke uddybes i litteraturen bag modellen.

I forhold til at mange kommunikative begreber ikke uddybes i hverken modellen eller baggrundslitteraturen, kan det som læge være svært at forholde sig til en række begreber, som ikke er specificeret i forhold til *hvordan* disse skal bruges. Eksempelvis nævnes der ikke, hvad '*parafrase*' betyder eller hvordan lægen har den rigtige holdning i den nonverbale kommunikation med patienten eller i en træningssituation. Dette kan være forvirrende i en kommunikationstræningssituation eller i en virkelig situation i praksis, hvor lægen hele tiden samtidig skal fokusere på udredning af patienten. Samtidig strider det imod konceptets princip om, at man ikke skal lære kommunikation "bare fordi", når det ikke uddybes *hvorfor*, lægen eller den studerende skal bruge disse færdigheder, idet

der ikke gives en dybere mening med disse. Der er også en chance for, at begreberne i modellen kan blive brugt forkert, hvis ikke der er en forståelse for brugen af dem. Undervisningen skal ligeledes ifølge afsender være nuanceret, hvilket det ikke er i forhold til færdighederne.

Kommunikation og personlighed

I henhold til litteraturen bag Calgary-Cambridge konceptet, foreligger der en antagelse om, at kommunikation ikke er et personlighedstræk. Samtidig er det dog også en antagelse, at det er knyttet til selvet og herunder selvværd, selvopfattelse og følelser. Videre i bogen har vi identificeret en antagelse om, at kommunikation er knyttet til personlig udvikling. Dette er i direkte modstrid med antagelsen om at kommunikation ikke er en del af personligheden. Dette er problematisk i henhold til kommunikationsforståelse, idet der her ikke foreligger en klar definition af hvad kommunikation er. Samtidig kan de have indflydelse på, de fordomme afsender selv kommer ind på i litteraturen, som lægerne har i forhold til kommunikation som værende et spørgsmål om ens personlighed.

Der nævnes også i litteraturen, at kommunikationstræning kræver et støttende læringsmiljø. Dette ser vi som noget positivt, idet der tages hensyn til de studerende, som skal være i fokus på en anderledes måde, end denne er vant til. Dette underbygger afsenders antagelse om, at kommunikation er noget, der er knyttet til selvet.

I forhold til kommunikation og personlighed i praksis, vil der være uoverensstemmelser i forhold til den færdighedsbaserede træning. Færdighederne vil blive subjektive afhængige af personen, der tolker, og derfor vil der ikke længere være tale om kernefærdigheder. Samtidig mener afsender ikke, at kommunikation er personligt, på trods af antagelser, der fremviser det, og denne manglende forståelse for kommunikation som værende noget personligt mener vi, kan gøre den studerende usikker i en træningssituation og i praksis.

Tjekliste

I henhold til bogens beskrivelse af Calgary-Cambridge modellen, nævner afsender hvordan modellen ikke må ses som en tjekliste. Dog er modellen brugt i feedbacksituationer, hvor der vurderes ud fra modellen, og hvor der ud fra hvert punkt, kan krydses af. Samtidig er modellen opstillet i præsens, hvilket ses i sætningen "indhenter patientens navn". Hertil er det muligt at svare ja eller nej, som en tjekliste vurdering. Dette, sammen med modellens opstilling i punktform, gør at den alligevel associeres til en tjekliste. Dette hænger ikke sammen med, at konsultationskommunikation skal være en dynamisk proces, hvor læge og patient begge byder ind i dynamikken. Så bliver tjek af punkter fokus frem for en dynamisk samtale og kontakt med patienten.

I konceptet er der ligeledes fokus på, at feedback i undervisningen skal være en dynamisk proces. Dog er der samtidig en antagelse om, at feedback kræver formel, systematisk, specifik og eksperimentel instruktion. Dertil bruges modellen i feedbacksituationen, som nævnt, som en vurdering af præstationen. Dette strider imod den dynamiske proces i feedbacken, og dermed får undervisningen karakter af at være en bestået/ikke bestået bedømmelse, som konceptet tager afstand fra. Konceptet kan i henhold til dette forekomme forvirrende, og igen virker det til, at der ikke på overordnet plan er taget stilling til nogle metodiske refleksioner.

Det at modellen og feedbacken har karakter af at være en tjekliste, giver det billede af en instrumentel tilgang til kommunikation. Denne tilgang negligerer kommunikationens indflydelse på mennesket, og redskabet bliver i stedet fokus, samt bliver det en obligatorisk liste uden dybere mening. Samtidig bliver patienten i praksis en faktor uden mulighed for at påvirke situationen, idet tjeklisten ikke tager højde for patientens indflydelse, hvilket vi mener, er u hensigtsmæssigt.

Passende kommunikation og subjektivitet

Flere steder i Calgary-Cambridge modellen bruger afsender udtrykket 'passende' i forhold til de kommunikative begreber. Der uddybes ikke hvad for eksempel en passende mængde information er, eller hvad passende nonverbal adfærd består i. Dette er en uklar definition, der lægger op til spørgsmål omkring, hvem og hvad, der afgør, hvornår noget er passende. Der lægges op til, at dette er en subjektiv vurdering og et spørgsmål om 'sund fornuft', som igen lægger op til hvem der afgør, hvad dette er. Hele vurderingen af kommunikationen bliver derfor baseret på en subjektiv vurdering, og ikke et teoretisk grundlag.

Der eksisterer her en antagelse om, at den rigtige kommunikation afhænger af konteksten, og at den studerende lægen bør kunne vurdere hvad der er passende. Dog bliver denne subjektive vurdering med til, at kommunikation bliver *personlig* vurdering og dermed også tilfældig. Samtidig giver den manglende uddybelse af begreberne anledning til at tolke, at kommunikation er noget man bare gør, og selv vurderer.

I en kommunikationstræningssituation kan man formode, at den studerende vil spørge sin underviser omkring, hvad en passende adfærd er. Dermed bliver vurderingen afhængig af underviserens tolkning og er ikke teoretisk underbygget. Eksempelvis kan en underviser med lægelig erfaring fra praksis mene, at passende selvtillid er, at bruge en masse faglige termer, for at vise patienten at man er inde i sit fag. En anden underviser vil måske mene, at en passende selvtillid betyder, at man forsikrer patienten om, at det nok skal gå, og man har styr på situationen. Således vil undervisningen bære præg af, hvilken underviser, de har. Dermed har lægens eventuelle dårlige vaner fra praksis også indflydelse på undervisningen, og er imod konceptets princip om den ensartede undervisning.

Dette gør sig især gældende, hvis underviser ikke har modtaget kommunikationstræning, idet det ifølge den færdighedsbaserede læring, er svært at formidle egne egenskaber videre i undervisningen uden at have analyseret på disse.

Samlet set kan man altså sige, at tolkningen af de kommunikative begreber bliver tilfældig afhængigt af, hvem der tolker dem; herunder hvor meget de bruger begreberne, og hvordan de bruger dem. Dette gør samtidig brugen af modellen svær i praksis, idet det er svært at forholde sig til de uklare definitioner.

Yderligere betragtninger

Et begreb, der går igen i konceptet, er den evidensbaserede kommunikationsundervisning. Når der i konceptet henvises til evidensbaseret, er der opstillet en række beviser for, hvorfor der skal undervises i kommunikation såsom de forbedringer, det giver i forhold til praksis. Dette giver os indtrykket af, at evidensbaseret her forstås som evidens i en naturvidenskabelig forstand; evidens er bevis for, at kommunikation virker, på samme måde som anden medicinsk videnskab indeholder evidens for virkning. Der er altså en naturvidenskabelig tilgang til at bruge kommunikation i medicinsk praksis.

I ovenstående har vi hovedsageligt haft fokus på, hvilke problematikker, der er i forbindelse med Calgary-Cambridge konceptet. Dog er der ligeledes eksempler på, hvordan konceptet tilgodeser kommunikation i forhold til hensigter og overvejelser. Eksempelvis er der et fokus på, at implementere kommunikation i en medicinsk kontekst i form af konsultationen. Herunder er der tilgodeset de elementer, der er nødvendige i en sådan medicinsk praksis. For eksempel har de i modellen en struktur, der illustrerer de faser, som lægen og den studerende skal igennem i en konsultation. Hensigten med at knytte kommunikation til en praksis, synes vi derfor, er god.

Samtidig har konceptet nogle grundlæggende antagelser om, at kommunikation er vigtigt i medicinsk praksis, og at det er et komplekst og udfordrende felt. Der er en respekt for feltet kommunikation, og dermed oplever vi, at der er gode hensigter i forhold til implementering af kommunikation i medicin. De gode hensigter kommer ligeledes til udtryk i modellen, hvor der er et stort fokus på, at inddrage patientens perspektiv. Når vi kalder dette en hensigt, er det, fordi vi ikke mener, at der er nogen forståelse for, hvorfor dette skal gøres. Dog har de fokus på patienten i en praksissituation i forskellige dele af modellen, såsom at inddrage denne i beslutningstagningen. Derudover har konceptet fokus på, at kommunikationsunderviserne selv skal undervises, fordi de ellers ikke har mulighed for at undervise i færdigheder. Her mener vi, at dette er positivt i forhold til, at de, der underviser, bør have en indsigt i kommunikation udover praksis – dog ikke nødvendigvis færdighedsbaseret. Dette vil vi dog komme ind på i efterfølgende afsnit om perspektivering.

Et andet sted i konceptet nævnes det, hvordan kommunikation er en bro mellem medicin og individ. Denne tankegang synes vi er spændende, og den ønsker vi ligeledes at udfordre. Her ses kommunikation som et bindeled, der skal forene medicinen og individet. Dette vil vi dog ligeledes komme nærmere ind på i det følgende afsnit.

Ovenstående diskussion har givet os mulighed for, at diskutere de grundlæggende antagelser i forhold til konceptet. I nedenstående vil vi søge at præcisere dem, og diskutere dem i henhold til afsenders kommunikationsforståelse, menneskesyn, videnskabsteoretisk fundering samt deres grundlæggende teoretiske og metateoretiske antagelser og konsekvenser for praksis.

Kommunikationsforståelse

I forhold til at definere de generelle antagelser, der ligger bag Calgary-Cambridge konceptet, synes vi det er relevant at opridse, hvordan vi opfatter konceptets kommunikationsforståelse.

Først og fremmest er det eksplicit, at afsender ser kommunikation som en færdighed. Denne færdighedsbaserede tankegang gør kommunikation til et redskab. Denne antagelse giver derfor en instrumentel tilgang til kommunikation, og kommunikation er derfor noget praktisk, der skal lede hen mod et udbytte. Dette kommer blandt andet til udtryk i modellen, hvor kommunikation bliver reduceret til en liste, som man skal forholde sig til for at kommunikere med patienten.

Dog er der en række uoverensstemmelser i konceptet, i forhold til den færdighedsbaserede tankegang. Eksempelvis er personlighed et centralt emne i forhold til kommunikationsforståelse. Selvom konceptet tager afstand fra kommunikation som en del af personligheden, er kommunikation dog ifølge afsender knyttet til selvet og til personlig udvikling. Dette forklarer afsender med, at færdighederne er i forlængelse af det holdningsmæssige arbejde. Samtidig kæder afsender de kommunikative begreber sammen med terapibaserede begreber, hvilket ikke stemmer overens med at tænke på kommunikation som et praktisk, udbyttefokuseret redskab.

I forhold til patienten er der dog hverken i litteraturen eller kommunikationsforståelse nogen form for teoretisk vinkel på, hvad kommunikation gør ved modtageren. Den holdningsmæssige kommunikationsforståelse er udelukket baseret på lægens indre bevidsthed om egne følelser.

Overordnet set mener vi, der mangler en klar definition på, hvad kommunikationsforståelsen for konceptet egentlig er. Det ekspliciteres ofte, at den færdighedsbaserede metode er i fokus, mens der samtidig er nogle elementer, der ikke er overvejet på et overordnet plan.

Menneskesyn

Idet kommunikation i henhold til ovenstående kommunikationsforståelse, er en færdighed, antager afsender at mennesket kan håndteres med færdigheder. Patienten, som lægen skal kommunikere med, skal altså håndteres. Dette hænger ikke sammen med, at kommunikation er komplekst og udfordrende. Der er ikke åbnet op for den mulighed, at patienten er et menneske, der har indflydelse på situationen, og som ikke bare kan håndteres med bestemte kommunikative færdigheder. Dette forestiller vi os, kan give problemer i en praksis, hvor det er svært at forudse patientens reaktion, og dermed vide hvilken færdighed der skal bruges.

Det samme gør sig til en vis grad gældende i forhold til lægens indre bevidsthed, hvor konceptet til dels accepterer, at der er visse ting, der spiller ind, mens der dog ikke tages hensyn til, at kommunikation kan være en del af personligheden i form af hvordan lægen er som menneske. Dermed mener vi, at menneskesynet er, at de ikke ser mennesker som individer.

Videnskabsteoretisk fundering

Et andet aspekt i forhold til de grundlæggende antagelser, er den videnskabsteoretiske fundering, som afsender har gjort sig.

I nedenstående citat beskriver afsender hvordan de forbinder deres undervisning i færdigheder og holdning med konstruktivismen:

"It is interesting to compare these ideas with a newer paradigm known as constructivism which also contributes to our understanding of how we learn communication skills and attitudes. At its most elemental, constructivism characterises learners and learning as follows (Van Der Vleuten 2000):

- knowledge is constructed by the learner*
- knowledge is based on the learner's understanding – scientifically collected or academic' knowledge is important but it is not the only truth*
- the learner builds cognitive structures through interaction, reflection and inquiry."* [Silverman m.fl. 2005: side 73]

I ovenstående skriver afsender hvordan konstruktivismen mener, at læring er konstrueret af den studerende, og baseret på dennes forståelse, samt at læring kræver interaktion. Dette tilslutter afsender sig, som værende central i læring af færdigheder. I henhold til konceptets opbygning af kommunikationstræning, stemmer den metodiske fremgang i træningen overens med ovenstående citat. Dette kommer til udtryk idet undervisningen er baseret på den studerendes egne erfaringer fra praksis. Dog mener vi ikke, at dette

stemmer overens med, at træningen og praksis udføres i henhold til en model med opstillede færdigheder.

Som tidligere nævnt er inddragelsen af den evidensbaserede tilgang til kommunikation ligeledes en central del af konceptet. Evidensbaseret kommunikation forstås, som nævnt, som evidens i en naturvidenskabelig forstand; evidens er bevis for, at kommunikation virker, på samme måde som anden medicinsk videnskab indeholder evidens for virkning. Der er altså (også) en naturvidenskabelig tilgang til at bruge kommunikation i medicinsk praksis.

Ovenstående iagttagelser bærer præg af, at der mangler en konkret fundering over det videnskabelige grundsyn i forhold til hvordan kommunikation skal inddrages i en medicinsk praksis. Det at der er uoverensstemmelser i henhold til det eksplicitte, og det vi udleder af konceptet, gør konceptet forvirrende i forhold til fokus og formål. Dette gør også, at vi har svært ved at udlede de generelle principper bag kommunikationsforståelse og teoretiske antagelser, da disse ikke er klare.

Grundlæggende teoretiske og metateoretiske antagelser

I henhold til grundlæggende teoretiske antagelser, er vi i analysen og her i diskussionen kommet frem til en masse pointer. Den grundlæggende teoretiske antagelse om at kommunikation er en færdighed, der skal læres, mener vi dog ikke er reflekteret på et metateoretisk plan i konceptet. Afsender har inddraget konstruktivismen som et perspektiv, men der foreligger ikke nogen konkret metateoretisk refleksion over det, at arbejde med kommunikation som en færdighed. Dette mener vi er nødvendigt, for at kunne give en dybere forståelse for de redskaber de gør brug af, og for at kunne underbygge valget af denne tilgang. Denne manglende refleksion, gør konceptet forvirrende, hvilket derfor også påvirker den metodiske undervisning og brug af modellen i en negativ retning.

Konsekvenser for praksis – en opsamling

Disse ovenstående antagelser vil nødvendigvis have en konsekvens for praksis. Kommunikationsforståelse med kommunikation som færdighed gør, sammen med modellen, praksissituationen til en tjekliste. Samtidig bliver undervisningen nemt tilfældig på grund af den subjektive vurdering af modellen. Dette kan skyldes den manglende videnskabsteoretiske og metateoretiske fundering, som manglende rettesnor for opfattelsen af kommunikation både i praksis og i den studerendes forståelse. Kommunikationen i konceptet bliver derfor afhængigt af den, der underviser i praksis. Dermed vil der være stor forskel på, hvorvidt en kommunikationsfaglig, med metateoretisk og videnskabsteoretisk baggrund for kommunikationsforståelse, underviser, eller en læge med erfaring i praksis, som har identificeret de kommunikative

færdigheder han har, dog uden en teoretisk, metateoretisk og videnskabsteoretisk baggrund for disse.

Den manglende baggrund for de kommunikative færdigheder, giver ligeledes problemer i forhold til, at modellen skal fungere som handlingsvisende for praksis. Uden en dybere grundlæggende forståelse for begreberne, samt en forståelse for, hvad kommunikation er og en forståelse for patientens indflydelse på situationen, vil en konsultationssituation være svær at udføre i praksis.

I henhold til ovenstående, er der ikke en forståelse for kommunikation på et menneskeligt plan, og samtidigt ikke er nogen forståelse for, hvad kommunikation gør ved patienten, og hvilken indflydelse denne har. Dette medvirker derfor også til, at der ikke opnås nogen reel kontakt mellem lægen og patienten. Lægen får måske besked på at inddrage patienten i en praktisk forstand, og får muligvis også besked på at vise empati, men når der ikke er nogen forståelse for hvorfor dette er vigtigt på et overordnet og et menneskeligt plan, kan man argumentere for, at kontakten aldrig vil være menneskelig.

En vigtig pointe i forhold til Calgary-Cambridge konceptet er, at der hele vejen igennem er søgt at møde lægerne hvor de er. Hensigten med konceptet er, at sælge kommunikationen til en modtager, der muligvis ikke forstår nødvendigheden. Kommunikationen skal sælges, fordi afsender mener den er vigtig, og i forsøget på at møde modtager hvor denne er, har afsender søgt at lave kommunikation til en klinisk færdighed. Som ovenstående viser, mener vi dog ikke at dette er muligt i praksis, da der altid vil være et menneskeligt plan i en kommunikationssituation.

Således har vi opridset de grundlæggende teoretiske antagelser for Calgary-Cambridge konceptet, og vil nu herefter inddrage et perspektiverende afsnit.

Et perspektiverende afsnit

Et perspektiverende afsnit

I dette afsnit vil vi søge at besvare anden del af problemformuleringen, som vedrører hvordan, vi kan udfordre Calgary-Cambridge konceptet fra et humanistisk kommunikationsfagligt perspektiv. Vi vil i dette afsnit perspektivere til konceptet, og udfordre dette i henhold til vores forståelse. For at gøre dette mener vi, det er nødvendigt kort at præsentere vores egen kommunikationsforståelse. Herefter vil vi inddrage en perspektiverende og udfordrende teoretisk vinkel, for til sidst at komme med nogle konkrete forslag til udfordring af konceptet.

Kommunikationsforståelse

For at skabe et perspektiv til Calgary-Cambridge konceptet, vil vi i det følgende præsentere vores egen kommunikationsforståelse. I det vi tilslutter os den hermeneutisk videnskabelige arbejdsmetodologi, er vi også af den opfattelse, at vi ikke er i stand til at sætte os udover vores egen forforståelse. Vi kan derfor ikke overskue vores egen kommunikationsforståelse og dermed se den udefra. Dog har vi mulighed for at tage udgangspunkt i en eksisterende kontekst, og relatere samt perspektivere vores egen kommunikationsforståelse til denne. Derfor vil vi i det følgende inddrage elementer fra Calgary-Cambridge konceptets kommunikationsforståelse, og forholde os til vores egen i relation til denne.

Deres forståelse

Som vi kom ind på i diskussionen, foreligger der en kommunikationsforståelse i konceptet, hvor kommunikation ses som færdighed og teknik. Kommunikationens fokus bliver praktisk og hen imod et udbytte. Samtidig er kommunikationen reduceret til en liste af færdigheder, både i den medicinske praksis, men også i træningssituationen, hvor modellen fungerer som rettesnor.

Samtidig er kommunikation knyttet til selvet og til personlig udvikling i form af det holdningsmæssige arbejde indenfor kommunikation. Der er lidt fokus på lægens bevidsthed om egne følelser, mens hovedfokus stadig er på det færdighedsbaserede. Patienten er her udenfor ligningen, og er ikke en aktiv del af kommunikationsprocessen i modellen og konceptet.

Vores forståelse

Vores kommunikationsforståelse er baseret på et humanistisk filosofisk syn på kommunikation mellem to mennesker. Vores tilgang til kommunikation er derfor baseret på, at vi igennem flere år, har reflekteret over kommunikation i henhold til en række kontekster, og i forhold til interpersonel kommunikation generelt. Gennem vores kommunikationsuddannelse har vi deltaget i flere træningssituationer, hvor vi blandt andet har arbejdet med forskellige former for coaching og supervision. Derfor vil vores

kommunikationsforståelse være af refleksiv karakter og, på grund af dets omfang, udelukkende være defineret i henhold til konceptets forståelse.

Vi ser kommunikation som en del af personlighed. Med dette menes der, at kommunikation kræver et udgangspunkt, som nødvendigvis er knyttet til et 'jeg'. For at arbejde med kommunikation mener vi derfor, at man er nødt til at arbejde med sig selv. Dette kræver et indblik i, hvorledes man kommunikerer og i ens relation til andre, samt en dybere forståelse for hvad kommunikation er i forskellige kontekster. Dermed tager vi afstand fra den færdighedsbaserede tankegang, der ikke forholder sig til kommunikation på et højere niveau, og som ser kommunikation som et redskab på et praktisk niveau og ikke i relation til personlighed. Dog har vi samme forståelse af kommunikation som værende komplekst og udfordrende, samt at kommunikation kræver et støttende læringsmiljø.

Samtidig ser vi ikke kommunikation som udbyttebetinget i alle henseender. Vi er klar over, at det i en medicinsk praksis er nødvendigt at have et formål med kommunikationen i form af en udredning af patienten. Dog mener vi ikke, at man kan stille det sådan op, at formålet med kommunikationen er udbyttebetinget i forhold til opbygning af forhold til patienten. Vi mener ikke at man kan opbygge et forhold, hvis den ene part udelukkende er fokuseret på udbytte (dette være sig enten udredning eller 'opbygning af forhold'), mens der ikke tages højde for den anden part. Der skal to til at opbygge et forhold, og vi mener ikke at dette kan gøres med nogle færdigheder som grundlag.

I forhold til opbygning af forhold mellem læge og patient, er vi af den opfattelse, at alle mennesker har et behov for at blive mødt hvor de er, at føle sig forstået. Dette mener vi ikke er muligt i en kontekst, hvor patientens indflydelse og følelser ikke tages synligt hensyn til i kommunikation og i opbygning af forhold. Et centralt begreb i forhold til dette, mener vi, er *kontakt*. For at imødekomme patientens behov, og for at opbygge den relation, konceptet ønsker i sin model, mener vi det er nødvendigt at have fokus på kontakt. Vi mener ikke at man igennem færdigheder kan opnå en kontakt, men at kontakt handler om at skabe forståelse for den anden part, og gennem denne bevidsthed, møde personen hvor han eller hun er. Kontakten mener vi er central for en patient, der er syg, og dermed har brug for hjælp. Det er en situation hvor patienten i forvejen har en masse tanker om fremtiden, og hvor lægen er eneste kilde til at opnå viden omkring situationen. Derfor er der brug for at patienten føler sig hørt og imødekommet i praksis. Hvordan dette kan implementeres, vil vi dog komme nærmere ind på senere i dette afsnit.

I forlængelse af ovenstående, har vi valgt at inddrage Carl Rogers, idet mange af de ting der i hans teoretiske fundament, stemmer overens med vores forståelse af kommunikation mellem to individer.

Carl Rogers' kommunikationsforståelse

I dette afsnit vil vi præsentere Carl Rogers' teori om klientcenteret terapi. Carl Rogers er en amerikansk psykolog og en af grundlæggerne af den humanistiske psykologi. Det interessante er imidlertid hans syn på individet, der bygger på en grundlæggende teori, der fastslår, at mennesker har en kerne i sig selv, hvor svarene findes. Hans teori bygger på seks elementer, som skal være opfyldt mellem klient og hjælper, hvis man ønsker vækst og forbedring. Rogers understreger, at disse seks elementer ikke er teknikker, viden eller andet der i traditionel forstand kan indlæres [Rogers Harvard Educational Review: side 1]. De er derimod holdninger. Med inddragelse af dette synspunkt, ønsker vi at udfordre den færdighedsbaserede tankegang.

At kommunikation og opbygning af forhold mellem individer ikke handler om teknikker og færdigheder, understreger Carl Rogers i følgende citat:

"I hope the above account of an empathic attitude will make it abundantly clear that I am not advocating a wooden technique or pseudo-understanding in which the counselor 'reflects back what the client just said'. I have been more than horrified at the interpretation of my approach which has sometimes crept into the teaching and training of counselors." [Rogers Harvard Educational Review: side 4]

Her tages der kraftigt afstand fra at hans tilgang bruges som en teknik, og understreges samtidig hvordan hans tilgang er baseret på en empatisk holdning. Rogers har fokus på klienten i sin terapiform, og er samtidig af den opfattelse, at det allervigtigste i en interpersonel kommunikationssituation er kontakten – det han kalder 'den psykologiske kontakt'. Denne opfattelse vedrørende kontakt som essentielt for kommunikation mellem mennesker, samt det at kommunikation ikke er udelukkende kan være færdigheder, der læres, ønsker vi at tilslutte os og videreføre i vores tanker omkring udfordring af konceptet.

Med vores egen kommunikationsforståelse og Carl Rogers' forståelse in mente, vil vi nu søge at komme med forslag til udfordring af modellen.

Udfordring af Calgary-Cambridge konceptet

I forhold til en udfordring af konceptet, vil vi i det følgende komme ind på, hvilke muligheder vi ser i det nuværende koncept. Dertil vil vi opridse de problematikker vi ser i konceptet, og komme med vores bud på, hvordan dette kan udfordres fra et humanistisk perspektiv og i forhold til Carl Rogers' interpersonelle teoretiske vinkel. Til sidst vil vi opsummere og komme ind på, hvilke konsekvenser dette vil have for praksis.

Muligheder

I forhold til Calgary-Cambridge konceptet, ser vi en del positive aspekter, som vi ønsker at arbejde videre med. Dette gør sig især gældende i forhold til konceptet generelt. I antagelserne og principperne bag konceptet er det tydeligt, at afsender har en klar forståelse for, at kommunikation er vigtigt i en medicinsk praksis. Dette mener vi er vigtigt, da der her er mulighed for at udbygge dette, og komme nærmere ind på hvorfor dette er vigtigt. Bogen nævner selv, at kommunikation er vigtigt i forhold til at forbedre praksis, mens vi mener, at der her kunne beskrives, hvordan kommunikation gør behandlingen mere nærværende for patienten og for kontakten mellem læge og patient.

I forlængelse af ovenstående, har modellen ligeledes en række gode antagelser om at kommunikation skal trænes, og dette i støttende læringsmiljø. Her er der mulighed for, at uddybe hvorfor dette miljø er vigtigt for, at de studerende tør udforske deres egen kommunikative bevidsthed, og forklare hvor grænseoverskridende det kan være at være 'på' i en situation, hvor man bliver bedømt på noget, vi mener, er baseret på ens personlighed; hvordan man kommunikerer.

I konceptet foreligger der også en antagelse om, at kommunikation bør være ensartet på tværs af lande og kulturer, men også i forhold til de forskellige niveauer af studiet, hvor træningen skal tilpasses de enkelte semestre. Dette mener vi er en mulighed, der gør at kommunikation kan blive en integreret del af pensum på medicin.

Samtidig nævnes det, at der bør foreligge en undervisning af underviserne på kommunikationstræning. Dette mener vi er væsentligt, idet der foreligger en problematik i den tilfældige undervisning der forekommer, med forskellige læger fra praksis. Dertil mener vi dog også, at det kunne være en mulighed, at der kunne være kommunikationsfaglige undervisere på studiet, som dermed skulle undervises i den medicinske kontekst i henhold til kommunikation i en medicinsk praksis.

I forhold til modellen er der ligeledes en del positive elementer. For eksempel er modellen tæt knyttet til den medicinske praksis, hvilket kan fungere som en god rettesnor, for at implementere kommunikative overvejelser. Her mener vi at der bør foreligge en dybere overvejelse omkring eksempelvis hvad kommunikation gør ved patienten, og i henhold til modellen, kan dette knyttes i praksis. I forlængelse af dette er det værd at nævne, at den struktur, der eksisterer i modellen er med til at give et indblik i, den medicinske proces i praksis.

Hvor er der mangler og hvordan løser vi disse

I henhold til de problematikker vi har identificeret i vores diskussionsafsnit, vil i det følgende inddrage de væsentligste problematikker og diskutere hvorledes vi i henhold til vores kommunikationsforståelse, kan forbedre disse.

En central problematik i forhold til Calgary-Cambridge konceptet er den manglende forståelse for patientens følelseshorisont. Denne mener vi har indflydelse både på praksis og på den studerendes opfattelse af kommunikation. Ved at inddrage en kommunikationsforståelse, der ekspliciterer nødvendigheden af at møde patienten, hvor denne er, ville den studerende, og lægen, have mulighed for at skabe den essentielle kontakt med patienten, og dermed opnå det, som konceptet egentlig har til hensigt i forhold til modellen. Her kunne der eksempelvis tages udgangspunkt i Carl Rogers, som har fokus på den klientcentrerede terapi, og på vigtigheden af psykologisk kontakt. Dermed ville kommunikation ikke være en færdighed, men en måde at opnå kontakt med patienten, hvilket er positivt i forhold til at patienten føler sig mødt, men ligeledes i henhold til udredning og diagnosticering af patienten.

Et andet centralt punkt, hvor vi ønsker at udfordre konceptet, er i henhold til deres manglende definition af en kommunikationsforståelse. Den eneste tydelige kommunikationsforståelse, er kommunikation som færdighed. Der foreligger dog ikke nogen metateoretiske overvejelser i forhold til denne tilgang. Den færdighedsbaserede tilgang har den virkning, at kommunikation bliver reduceret til en liste af begreber, der skal huskes og krydses af i en praksissituation. Vi mener i denne forbindelse, at en bredere forståelse for kommunikation, med udgangspunkt i kontakt og menneskeligt fokus, vil kunne ændre formen fra at være en tjekliste, til at være en overordnet forståelse, der kan drages nytte af i forhold til praksis. Her mener vi at man kunne tage udgangspunkt i den, af konceptet kaldte, holdningsbaserede tilgang, med et bidrag i form af det patientfokuserede. Hvis der defineres en forståelse for kommunikation som en kontakt mellem to individer, og lægen i forhold til egen selvbevidsthed gennem holdningsarbejde, kan forholde sig til patienten og imødekomme denne, vil der i vores mening ske en forbedring i forhold til praksis og i forhold til patientens opfattelse af kommunikationen.

Samtidig vil en klar kommunikationsforståelse med dertilhørende definition af begreber, kunne afhjælpe den tilfældige og subjektive vurdering af, hvad kommunikation er, og hvordan dette skal bruges i undervisning og i praksis. Dermed vil undervisningen ikke være afhængigt af hvilken underviser, der underviser, og konceptet for undervisning vil blive mere ensartet. Det samme gælder i henhold til den utroværdighed, der kommer af de mange modsigelser i konceptet. Dette vil ligeledes kræve en dybere forståelse for kommunikation og en definition af metateoretiske overvejelser.

I forlængelse af dette, mener vi det er nødvendigt, at afsenderne bag konceptet, reflekterer over deres valg af videnskabsteoretisk tilgang. Dog mener vi også at vi, og andre, med en humanistisk tilgang, vil kunne bidrage med et kommunikationssyn og et menneskesyn, som vil kunne udfordre den færdighedsbaserede tankegang.

Opsamling

I henhold til ovenstående, er vi altså af den opfattelse, at der på området omkring kommunikationsforståelse og metateoretisk fundering, kan bidrages med en række tiltag, der vil kunne udfordre Calgary-Cambridge konceptet. Dette vil skabe en kontakt mellem læge og patient, som vi mener, er nødvendigt. I henhold til de konkrete emner, hvor vi mener der er plads til forbedring, har vi opstillet følgende punkter:

- Patientens følelser
- Definition af kommunikationsforståelse
- Videnskabsteoretisk fundament
- Manglende refleksion
- Subjektiv undervisning skal væk

I henhold til broen mellem medicin og individ, mener vi at dette kan være et godt udgangspunkt for en ny kommunikationsforståelse for konceptet. Hvis man går over en bro, ønsker man at imødekomme det menneske, som man kommunikerer med. Samtidig er broen den kontakt, der opnås mellem lægen og patienten. Hertil mener vi, der som nævnt skal defineres en forståelse af patientens behov for kommunikation, og at patienten skal inddrages som faktor. På denne måde vil lægen i praksis være i stand til, at imødekomme patienten, og forstå hvorfor kommunikation er vigtigt for patienten.

Konklusion

Konklusion

I det følgende afsnit vil vi besvare vores problemformulering, som opstillet i problemfeltet:

Hvilke teoretiske antagelser ligger til grund for Calgary-Cambridge konceptet, og hvordan kan det udfordres og udvikles fra et humanistisk kommunikationsperspektiv?

Første del af vores problemformulering pålyder således at definere de teoretiske antagelser, der ligger bag Calgary-Cambridge Konceptet. Dette har vi gjort gennem en grundig analyse af baggrundsmateriale baseret på bogen *”Teaching and Learning Communication Skills in Medicine”*, samt ved at definere afsenders kommunikationsforståelse. Ud fra dette er vi kommet frem til fire hovedoverskrifter, der afspejler konceptets grundlæggende antagelser:

Kommunikationsforståelse

I forhold til kommunikationsforståelsen er kommunikation som færdighed det centrale element i måden, konceptet er bygget op på. Denne antagelse giver derfor en instrumentel tilgang til kommunikation, og kommunikation er derfor noget praktisk, der skal lede hen mod et udbytte. Dette kommer som nævnt i diskussionen til udtryk i modellen, hvor kommunikation bliver reduceret til en tjekliste, som man skal forholde sig til for at kommunikere med patienten.

Samtidig er kommunikation som knyttet til personlighed, ligeledes en teoretisk antagelse. Selvom konceptet tager afstand fra kommunikation som en del af personligheden, er kommunikation dog ifølge afsender knyttet til selvet og til personlig udvikling. Dette forklarer afsender med, at færdighederne er i forlængelse af det holdningsmæssige arbejde. Konceptet har dog også en antagelse om, at kommunikation kræver et støttende læringsmiljø, og at kommunikation er noget komplekst.

Menneskesyn

Idet kommunikation i henhold til ovenstående kommunikationsforståelse, er en færdighed, antager afsender som tidligere nævnt, at mennesket kan håndteres med færdigheder. Patienten, som lægen skal kommunikere med, skal altså håndteres. Der er ikke åbnet op for den mulighed, at patienten er et menneske, der har indflydelse på situationen, og som ikke kan håndteres med bestemte kommunikative færdigheder.

Det samme gør sig til en vis grad gældende i forhold til lægens indre bevidsthed, hvor konceptet til dels accepterer, at der er visse ting, der spiller ind, mens der dog ikke tages hensyn til, at kommunikation kan være en del af personligheden i form af, hvordan lægen er som menneske. Dermed mener vi, at menneskesynet er, at de ikke ser mennesker som individer.

Videnskabsteoretisk fundering

I henhold til vores analyse har vi erfaret, at konceptet ikke er eksplicit i sine videnskabsteoretiske refleksioner. Vores analytiske iagttagelser bærer præg af, at der mangler en konkret fundering over det videnskabelige grundsyn i forhold til hvordan kommunikation skal inddrages i en medicinsk praksis. Det at der er uoverensstemmelser i henhold til det eksplicitte, og det vi udleder af konceptet, gør konceptet forvirrende i forhold til fokus og formål. Dette har indflydelse på de teoretiske antagelser, i den forstand, at de ikke er eksplicitte på et refleksivt niveau.

Således har vi opridset de grundlæggende teoretiske antagelser for Calgary-Cambridge konceptet, og dermed besvaret den første del af problemformuleringen.

I henhold til besvarelse af anden del af vores problemformulering, har første del hjulpet os til, at se Calgary-Cambridge modellens styrker, og til at se, hvor der er plads til udfordring set ud fra vores humanistiske kommunikationsforståelse. Vi er af den opfattelse, at der på området omkring kommunikationsforståelse og metateoretisk fundering, kan bidrages med en række tiltag, der vil kunne udfordre Calgary-Cambridge konceptet, da dette vil skabe en kontakt mellem læge og patient, som vi mener, er nødvendigt.

I henhold til de konkrete emner, hvor vi mener der er plads til forbedring, har vi opstillet følgende punkter:

Patientens følelser

Dette punkt henviser til konceptets forståelse som kommunikation som færdighed, hvor der ikke tages hensyn til patientens indre opfattelse af kommunikationen. Her mener vi som sagt, at vi kan udfordre dette i henhold til et mere humanistisk kommunikationsforståelsesperspektiv.

Definition af kommunikationsforståelse

I henhold til ovenstående kommunikationsforståelse mener vi, at en mere klar definition af en kommunikationsforståelse, der ekspliciterer nødvendigheden af at møde patienten, hvor denne er, ville give mulighed for at skabe den essentielle kontakt med patienten, og dermed opnå det, som konceptet egentlig har til hensigt i forhold til modellen. Samtidig mener vi, at konceptet og modellen kan udfordres i forhold til den subjektivitet, det giver ikke at have en klar definition af de kommunikative begreber.

Således mener vi at Calgary-Cambridge konceptet kan udfordres fra et humanistisk kommunikationsfagligt perspektiv. Vores endelige svar på hvorledes vi mener dette bør gøres, leder os hen på metaforen om kommunikation som broen over hullet mellem medicin og kommunikation: der er et hul, men det kan dækkes med en bro af kontakt, baseret på en teori om, at det er vigtigt at møde patienten hvor denne er.

Litteratur og ansvarsliste

Litteraturliste

Bøger:

Alrø, Helle, Marianne, Kristiansen: "Kan du se, hvad jeg sagde? – mennesker ansigt til ansigt", 1998, Holistic Bogforlag.

Alrø, Helle, Kristiansen, Marianne: "Supervision som dialogisk læreproces", 1. Udgave, 6. oplag, 2008, Aalborg Universitetsforlag og Institut for Kommunikation.

Collin, Finn, Simo, Køppe: "Humanistisk Videnskabsteori", 2. udgave, 4. oplag, 2007, DR Multimedie.

Føllesdal, Dagfinn: "Politikkens bog om moderne videnskabsteori", 2005, Politiken.

Husted, Jørgen: Austin og Searle: "Talehandlinger" i PP. Lúbke: "Vor Tids Filosofi: Videnskab og Sprog", 1982, Politiken.

Jacobsen, Galberg, Henrik, Skyum-Nielsen, Peder: "Dansk sprog - En grundbog", 1. udgave, 7. oplag, 2004, Det Schønbergske Forlag.

Kurtz, Suzanne, Silverman, Jonathan, Draper, Juliet: "Teaching and Learning Communication Skills in Medicine", Second Edition 2005, Radcliffe Publishing Ltd.

Kvale, Steinar: "Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview", 1. udgave, 14. oplag, Hans Reitzels Forlag.

Webadresser:

Web1:

http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sprog/Semantik_og_pragmatik/implikatur

Web2:

http://www.denstoredanske.dk/Kunst_og_kultur/Litteratur/Stilistik,_retorik_og_metrik/metafor

Artikler:

Rogers, Carl. "The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance" in Harvard Educational Review: Vol. 32, No. 4; Fall 1962. Also reprinted in Rogers, Carl R. and Barry Stevens. Person to person: the problem of being human, a new trend in psychology. Lafayette, CA: Real People Press, 1967, pp. 85-101.

Ansvarsliste

Ansvarsliste	
Indledning	Fælles bidrag
Specialets struktur	Ann Louise
Præsentation af empirisk baggrund	Kristina
Vores metodologiske rammesætning:	
- Videnskabsteoretisk metode	Ann Louise
- Sprogbrugsanalytiske begreber	Kristina
Analyse	Fælles bidrag
Diskussion	Fælles bidrag
Perspektiverende afsnit	Fælles bidrag
Konklusion	Fælles bidrag

English Summary

Communication

– bridging the gap between evidence-based medicine and working with individual patients?

This master is based on collaboration between the medicine faculty at Aalborg University and professors and students of the interpersonal organizational communication faculty at Aalborg University.

The purpose of the thesis is first to examine the principles and assumptions behind the Calgary-Cambridge concept, and next to challenge this from a humanistic perspective.

The main subject in this thesis is the doctor-patient communication, which has received growing attention within the last decade. The need for communicating with patients is now appreciated and the teaching of communication in the medicine practice is now a part of the medicine curriculum.

This thesis aims to examine a well-known communication curriculum: the Calgary Cambridge guides, in order to identify the main principles behind the concept of the guides and to challenge them with a different knowledge of communication.

The thesis takes a hermeneutic and pragmatic approach to understanding and challenging the concept, which allows the thesis to be a textual and interpretative approach to understanding the principles behind the concept. The methods used in the thesis are therefore based on a textual analysis of the book behind the Calgary Cambridge guides. The textual analysis lead us to a central theme in the literature: communication is a series of skills that need to be taught. These understandings of communication as being a skill then lead us to the following principles:

- Understanding of communication on a deeper level is not precise
- The view of humanity is instrumental
- Science theoretical foundations are not explicit
- Basic theoretical and metatheoretical assumptions have not been explained nor understood on a deeper level

These principles lead to a discussion of whether or not communication can be skill-based and whether this approach is appropriate from a humanistic perspective.

According to the above, the conclusion in this abstract is therefore that we believe the area around communicational understanding and meta-theoretical foundations can contribute to a series of actions that could challenge the Calgary-Cambridge concept in a positive way. By creating a deeper understanding of what communicating with a patient consists of, the concept will contribute to a contact between doctor and patient, which we believe is necessary.

Bilag

Bilag

Bilag 1: Calgary-Cambridge modellen



CALGARY-CAMBRIDGE GUIDES

Communication Process Skills

INITIATING THE SESSION

Establishing initial rapport
Greets patient and obtains patient's name
Introduces self, role and nature of interview; obtains consent if necessary
Demonstrates respect and interest; attends to patient's physical comfort

Identifying the reason(s) for the consultation
Identifies patient's problems or the issues that patient wishes to address with appropriate opening question (e.g. 'What problems brought you to the hospital?' or 'What would you like to discuss today?' or 'How can I help you today?')
Listens attentively to patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response
Confirms list and screens for further problems (e.g. 'So that's headaches and tiredness, anything else?')
Negotiates agenda taking both patient's and physician's needs into account

GATHERING INFORMATION

Exploration of patient's problems
Encourages patient to tell the story of the problem(s) from when first started to the present, in own words (clarifying reason for presenting now)
Uses open and closed questioning techniques, appropriately moving from open to closed
Listens attentively, allowing patient to complete statements without interruption and leaving space for patient to think before answering or after pausing
Facilitates patient's responses verbally and non-verbally e.g. by use of encouragement, silence, repetition, paraphrasing, interpretation
Picks up verbal and non verbal cues (body language, speech, facial expressions); checks and acknowledges as appropriate
Clarifies patient's statements that are unclear or need amplification (e.g. 'Could you explain what you mean by light-headed?')
Periodically summarizes to verify own understanding of what patient has said; invites patient to correct interpretation or provide further information
Uses concise, easily understood questions and comments; avoids or adequately explains jargon
Establishes dates and sequence of events

PROVIDING STRUCTURE TO THE CONSULTATION

Making organization overt
Summarizes at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section
Progresses from one section to another using signposting, transitional statements; includes rationale for next section

PROVIDING STRUCTURE TO THE CONSULTATION (Cont)

Attending to flow
Structures interview in logical sequence
Attends to timing and keeping interview on task

BUILDING RELATIONSHIP

Using appropriate non-verbal behaviour
Demonstrates appropriate non-verbal behaviour:
- eye contact, facial expression
- posture, position, movement
- vocal cues e.g. rate, volume, intonation
If reads, writes notes or uses computer, does in a manner that does not interfere with dialogue or rapport
Demonstrates appropriate confidence

Developing rapport
Accepts legitimacy of patient's views and feelings; is not judgmental
Uses empathy to communicate understanding and appreciation of patient's predicament; overtly acknowledges patient's views and feelings
Provides support; expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self-care; offers partnership
Deals sensitively with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated with physical examination

Involving the patient
Shares thinking with patient to encourage patient's involvement (e.g. 'What I'm thinking now is...')
Explains rationale for questions of physical examination that appear to be sequiturs
During physical examination, explains process, asks permission

EXPLANATION & PLANNING

Providing the correct amount and type of information
(Aims: to give comprehensive & appropriate information; to assess each individual patient's information needs; to neither restrict nor overload)
Chunks and checks; gives information in assimilable chunks; checks for understanding; uses patient's response as a guide to how to proceed
Assesses patient's starting point: asks for patient's prior knowledge early on when giving information; discovers extent of patient's wish for information
Asks patient what other information would be helpful e.g. aetiology, prognosis
Gives explanation at appropriate times; avoids giving advice, information or reassurance prematurely

