

Poučevanje sporazumevanja s pomočjo videa in simuliranih bolnikov – 15 let izkušenj Medicinske fakultete v Ljubljani

Teaching communication with the help of video and simulated patients – 15 years of experience of the Medical faculty of Ljubljana

Anja Zidanšek, Janez Rifel, Igor Švab

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

prof. dr. Igor Švab,
dr. med.,
e-mail: igor.svab@mf.uni-lj.si

Ključne besede:

veščine sporazumevanja, video, igranje vlog, simulirani bolnik, družinska medicina

Key words:

communication skills, video, role play, simulated patient, family medicine

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2013;
82: 192–9

Prispelo: 2. jul. 2012,
Sprejeto: 13. sept. 2012

Izvleček

Sporazumevanje z bolnikom je temeljna veščina pri delu zdravnika družinske medicine. Vključuje jemanje anamneze s sočasnim raziskovanjem bolnikovih občutkov in pričakovanj ter razlago načrtovanih preiskav in zdravljenja. Dobro sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom omogoča vzpostaviti dolgotrajen kakovosten odnos med njima, ki temelji na zaupanju. Takšen odnos pomembno prispeva h kakovostni zdravstveni oskrbi bolnika in prinaša zadovoljstvo ne le bolniku, pač pa tudi celotnemu zdravstvenemu osebju, ki se vključuje v njegovo obravnavo.

Veščin sporazumevanja se je mogoče naučiti. Učenje sporazumevanja pa je klasično medicinsko izobraževanje dolgo zanemarjalo. Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani je pomembno prispevala k premiku na tem področju. Na podlagi izsledkov številnih raziskav, ki so pokazale, da za spremembo veščin sporazumevanja samo učenje iz knjig in s predavanji ne zadošča, je že pred poldrugim desetletjem svojim študentom medicine omogočila izpopolnjevanje veščin sporazumevanja v različnih praktičnih oblikah.

Namen prispevka je prikazati 15-letne izkušnje s poučevanjem sporazumevanja, še zlasti učenja s pomočjo video snemanja, pri predmetu Družinska medicina na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Abstract

Communicating with patients is a basic skill of a family doctor. It includes taking the history while following the patient's feelings and expectations and explaining the intended tests and treatment. Good communication between the doctor and the patient enables maintaining their long-term quality relationship based on trust. Such a relationship significantly contributes to the quality of medical care of the patient and brings satisfaction not only to the patient but also to the entire medical staff involved in the treatment.

Communication skills can be learned. But teaching such communication in the classic medical education has long been neglected. The Department of Family medicine at the Medical Faculty of Ljubljana has contributed considerably to some changes in this area. Results of several researches have shown that changes in learning communication skills cannot be made by simply learning from books or attending lectures. Therefore, the Department of Family medicine has been enabling their students to improve their skills of communication through different forms of practical work for 15 years.

The purpose of this article is to present 15 years of experience in teaching communication especially with the help of video at the Department of Family Medicine at the Medical Faculty of Ljubljana.

Uvod

Sporazumevanje z bolnikom je poleg znanja kliničnih veščin in odgovornega vodenja dela v ambulantni ena od treh najpomembnejših razsežnosti zdravnikovega dela v osnovnem zdravstvu. Zdravnik in bolnik vsak posvet začneta z določenimi pričakovanji, čustvi in skrbmi. Na potek njunega pogovora pomembno vplivajo osebne vrednote in kulturno ozadje posameznika. V času pogovora poteka besedno in nebesedno sporočanje. Zdravnikovo ugodno nebesedno vedenje (pozorno poslušanje, stik z očmi, primerne kretnje, položaj telesa, zapisovanje in branje) bolniku olajša sporočanje. S spremljanjem in obvladovanjem bolnikovih čustev se zdravnik ob pozornem poslušanju skuša vživeti v bolnikovo stisko. V besedni komunikaciji naj bi bil zdravnik pozoren na to, da govori v bolniku razumljivem jeziku, uporablja jasne razlage, razporeja podatke in navodila v majhne količine in sproti preverja, ali ga je bolnik razumel.¹

Bolnikova pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, njegovo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo in sam izid zdravljenja so neposredno odvisni od uspešnega sporazumevanja. Hitreje odkrivanje vzroka bolnikovih težav, uspešnejše dogovarjanje za spremembo življenjskega sloga, zadovoljen in bolj zdrav bolnik pa prinašajo zadovoljstvo tudi zdravniku in zmanjšujejo njegov delovni stres.²

Učenje veščin sporazumevanja

Na različnih medicinskih fakultetah se v okviru dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja poslužujejo različnih načinov učenja sporazumevanja:

1. Predavanja o sporazumevanju – predavatelj slušateljem posredujejo teoretične podatke o tem, kaj sporazumevanje sploh je, predstavijo različne oblike sporazumevanja in vplive nanj.
2. Razpravljanje o situacijah težavnega sporazumevanja – s skupinsko analitično obravnavo kliničnih primerov se skuša opredeliti ključna mesta v komunikaciji in vrste najustreznejših ukrepov v specifičnih okoliščinah.
3. Opazovanje dialoga – tu učenje sporazumevanja temelji na spremljanju in temu sledečem ocenjevanju primerov, predstavljenih v obliki posnetka (avdio ali video) sporazumevanja v resnični situaciji ali z igranjem vlog (eden od udeležencev igra bolnika, drugi zdravnika).
4. Vključevanje igralcev – študent izpelje posvet s t. i. simuliranim bolnikom-igralcem, ki pozna svojo vlogo bolnika in se odziva v skladu s prizadevanji študenta. Igralci praviloma odigrajo svojo vlogo vselej enako oziroma odvisno zgolj od študentovega pristopa. Tako pomembno vplivajo na sporazumevanje, po končanem pogovoru lahko tudi sodelujejo pri ocenjevanju.
5. Pogovor s pravim bolnikom – študent vodi posvet s pravim bolnikom v kabini ali v realnem okolju, kar se snema ali kar mentor neposredno opazuje. Temu sledi analiza opravljenega pogovora.^{3,4}

Številne raziskave so pokazale, da za izboljšanje veščin sporazumevanja ne zadošča samo učenje iz knjig in s predavanji. Teoretično znanje je sicer osnova za razumevanje značilnosti sporazumevanja, vendar to za njegovo učinkovito izvajanje v praksi ni dovolj. Dejanskih spretnosti sporazumevanja se je moč naučiti ali jih preoblikovati prav z izkustvenimi metodami učenja.⁵ Tako so ugotovili, da so najučinkovitejše oblike učenja veščin sporazumevanja tiste, ki so praktično naravnane, bodisi temelje na opazovanju posnetkov bodisi z igranjem vlog, čemur sledi analiza in ocena skupine slušateljev oziroma učitelja o opravljenem igranju.⁶⁻⁹

Simulirani bolniki

Stiki z bolniki pomagajo študentom izgrajevati veščine sporazumevanja, od jemanja anamneze, telesnega pregleda do kliničnega razmišljanja. Poleg tega se ob bolnikih študentje lahko naučijo veščin, ki se jih ni mogoče naučiti iz knjig, predvsem empatije in odgovornosti do bolnikov.^{10,11} Dandanes pa je vedno manj bolnikov pripravljenih sodelovati v učnem procesu študenta. Imajo pomisleke glede varnosti in zaupnosti, sodelovanje jim je v breme, še posebej kadar

se na njihovih primerih učijo še dokaj neizkušeni študenti.^{12,13} Tako vse pomembnejšo vlogo v učenju nasploh in tudi v učenju sporazumevanja dobivajo simulirani oziroma standardizirani bolniki (SB), ki prevzamejo vlogo pravih bolnikov.

Koncept SB sta v šestdesetih letih prejšnjega stoletja prva uvedla Barrows in Abrahamson.¹⁴ SB se danes uporabljajo na različnih področjih, ne le v odnosu zdravnik – bolnik, pač pa tudi pri izobraževanju v zdravstveni negi, stomatologiji, fizioterapiji, dietetiki in farmaciji.¹⁵⁻¹⁷ SB so zdravi laiki, ki so usposobljeni, da predstavijo bolnika in bolezen na avtentičen, realističen način.¹⁸ V tem se bistveno razlikujejo od pravih bolnikov, ki predstavljajo svojo lastno bolezen.

S pomočjo SB se je možno učiti tako preprostih komunikacijskih spretnosti kot tudi bolj zapletenih oblik sporazumevanja, npr. glede jemanja spolne anamneze in svetovanja o nevarnosti okužbe z virusom človeške imunске pomanjkljivosti HIV,¹⁹ pogovora o nasilju v družini²⁰ ali diskusije o zdravniški napaki.²¹

Namen uporabe SB je simuliranje tematik in priučitev spretnosti, ki bi bile potrebne pri resničnem posvetu v takšnih okoliščinah v ambulantni družinskega zdravnika. Študentje se vedejo do SB tako, kot bi ravnali s prvim bolnikom v takšni situaciji.

Prednosti uporabe simuliranih bolnikov

Učenje s pomočjo SB, ki so tudi dejavni člani učnega procesa, je praktično brez tveganj in ga je moč sproti prilagajati. SB lahko dajo študentom zelo iskrene povratne informacije. Pravi bolniki so namreč lahko do študentov preveč pokroviteljski in popustljivi in raje zamolčijo slabe izkušnje. SB dajejo študentom tudi večji občutek varnosti, da ne pridejo v zadrego, če njihovo znanje in veščine niso popolni.¹³ Prav tako morebitne napake v komunikaciji s SB nimajo škodljivih učinkov, kar je še posebno pomembno v kočljivih situacijah, kakršna je na primer sporočanje slabe novice ali svetovanje pri spolno prenosljivih boleznih. SB so tudi prilagodljivi, na voljo ob različnih časih in na različnih mestih, ne samo v bolnišnici ali

ambulanti. Igranje vloge SB se lahko prilagaja, SB tako lahko na primer prekine posvet in da študentu dodatne namige. Posamezen študent lahko večkrat obravnava istega SB in tako izboljšuje svoje znanje in veščine. SB lahko zahtevnost svoje vloge tudi prilagaja ravni znanja študenta. Uporaba SB pri učenju in izpitih zmanjša nezaželeno variabilnost pri ocenjevanju znanja. SB lahko hkrati simulira več različnih simptomov, ki jih v realnosti težko ali pa sploh ne moremo opaziti pri resničnih bolnikih.

Uporaba SB pri poučevanju je bolj učinkovita od didaktičnih predavanj o tehnikah sporazumevanja.²² Zdravniki in študentje imajo raje učenje tehnik sporazumevanj s SB kot pa igranje vloge zdravnik – bolnik s svojimi kolegi,²³ čeprav sta bili obe metodi v dosedanjih raziskavah glede na dosežen napredek v sporazumevanju primerljivo učinkoviti.²⁴

Slabosti uporabe simuliranih bolnikov

SB je potrebno ustrezno izobraziti, kar zahteva svoj čas in tudi nemajhna finančna sredstva. Za zmanjšanje stroškov za delo s SB so tako v Združenih državah Amerike že poskušali razvijati t. i. virtualnega bolnika.²⁵ Slabost SB je tudi, da niso pravi bolniki.²⁶ Vendar pa so raziskave pokazale, da je dobro pripravljene SB večkrat zelo težko ločiti od pravih bolnikov. Beullens in sodelavci²⁷ so ugotovili, da so zdravniki, ki so jih med drugimi bolniki obiskali tudi SB (zdravniki so vedeli, da so SB lahko med njihovimi bolniki, na pa tudi, kateri so), prepoznali manj kot 15 % SB.

Igranje vloge SB pa ima lahko negativne učinke tudi na igralce. Opažali so izčrpanost, razdraženost in tudi telesne posledice.^{28,29}

Kdo je lahko simulirani bolnik

Razne medicinske fakultete se med seboj zelo razlikujejo po tem, koga uporabljajo za SB. Nekatere uporabljajo le poklicne igralce, druge le prostovoljce, pri nekaterih so SB tako poklicni igralci kot prostovoljci. Doslej še z nobeno od raziskav niso ugotovili, ali obstajajo pomembne razlike med SB prostovoljci in poklicnimi igralci.

voljci in SB poklicnimi igralci. Fakultete se med seboj razlikujejo tudi glede plačila SB. Ponekod SB dobivajo honorarje, drugje jim povrnejo samo potne stroške.

Metoda poučevanja sporazumevanja na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani

Predavanja družinske medicine kot samostojnega predmeta v okviru študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani potekajo od študijskega leta 1994/95 dalje. Na vajah pri predmetu Družinska medicina je poudarek na praktičnem delu z bolnikom. Cilj profesorjev, asistentov in številnih mentorjev v ambulantah je poleg poučevanja o posebnostih družinske medicine omogočiti študentom uporabo vseh, večinoma teoretičnih znanj, ki so jih pridobili v dotedanjem študiju pri praktičnem delu v ambulantah, na terenu in na bolnikovem domu.

Predmet Družinska medicina je umeščen v šesti letnik študija splošne medicine in trenutno še poteka v obliki sedemtedenskih študijskih blokov. Praktično delo v mentor-ski ambulantni se prepleta z delom v skupinah študentov na Katedri za družinsko medicino.³⁰ Pomemben del slednjega pa je prav učenje veščin sporazumevanja. Tako imajo študentje na Katedri za družinsko medicino najprej krajše uvodno predavanje o teoretičnih osnovah sporazumevanja. Izobraževanje, ki sledi, poteka z uporabo različnih izkustvenih tehnik, zlasti z igranjem vlog z opazovanjem v manjših skupinah študentov. Osrednjo vlogo igrajo snemani posveti med študenti in SB.

Metoda poučevanja veščin sporazumevanja s pomočjo SB

Že od začetkov poučevanja na Katedri za družinsko medicino je bila ena od metod učenja sporazumevanja prav igra vlog. Ta je na začetku potekala v sami skupini študentov, nato pa sta bila nosilca vlog (študent in SB) v posebnem prostoru, njun pogovor pa je snemala videokamera. Za pripravo vlog

in igralcev ter snemanje igre skrbi poseben asistent.

Priprava vlog

Vloge so pripravljene tako, da je pri večini vlog študentom že pred pričetkom dialoga s SB znan njegov ključni problem (npr. alkoholizem). SB predstavljajo najpogostejše težave bolnikov, s katerimi se študentje srečajo med vzporednim delom med sedemtedenskimi vajami v ambulantni družinske medicine. Pri vsaki vlogi je poudarjena posebna okoliščina (npr. družinske razmere, nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo v preteklosti itd.), ki je postavljena kot izziv, da bi jo študent s svojimi komunikacijskimi sposobnostmi odkril in poskušal razrešiti. Namen uporabe SB je učenje veščin sporazumevanja in ne preverjanje kliničnega znanja.

Priprava igralcev

Igralce, ki se priučijo vloge SB, so k sodelovanju povabili asistenti katedre prek osebnih stikov in poznanstev. Profili igralcev so različni. Nekaj je tudi zdravnikov. Pri izbiri igralcev za posamezne vloge je bilo pomembno, da so ti podobno situacijo že občutili na svoji koži ali v svojem poklicnem življenju. Ko se igralec prvič sreča z vlogo, najprej dobro prebere učne cilje in sam scenarij. Nato nekajkrat zaigra vlogo skupaj z asistentom, ki igralce pripravlja. Ko sta igralec in asistent zadovoljna s prikazano igro, začne SB igrati pri pouku. Asistent pogleda nekaj nastalih videoposnetkov igre in po potrebi komentira igro SB ter poda dodatna navodila. V nadaljevanju pa asistent, ki pripravlja igralce, občasno še povpraša druge asistente, ki vodijo skupine študentov, v katerih igra vlog poteka, če je kakovost igre ustrezna in ponovljiva.

Snemanje videa

Na vsakem seminarju dva ali trije študentje odigrajo vlogo zdravnika. Najprej se seznani z bolnikovimi težavami oziroma pregledajo njegov namišljeni zdravstveni karton. Bolnik, ki pride na pogovor, je igralec, ki odigra svojo vlogo glede na to, kako se pogovor razvija. Celoten pogovor traja okoli

deset minut, odvisno od tega, kako študent vodi posvet. Snema se z videokamero. Po končanem pogovoru že igralec s pomočjo posebej pripravljenih vprašalnikov oceni študentovo sposobnost sporazumevanja. Video posnetek se kasneje konstruktivno analizira še v skupini študentov. Opazovani študent prejme pozitivne ocene in tudi predloge, kaj bi v sporazumevanju v prihodnje še lahko izboljšal.³¹

Ker gre za osebne podatke, igralci in študentje pred snemanjem podpišejo posebno izjavo, da dovolijo shranjevanje videoposnetkov za izobraževalne in raziskovalne namene. Podpis izjave ni obvezujoč. Okrog 90 % študentov izjavo podpiše. V primeru, da študent ne želi, da se njegov posnetek shrani, ne podpiše obrazca in posnetek se takoj zatem, ko si ga v skupini ogledajo in ga analizirajo, izbriše.

V študijskem letu 2009/10 se je na Medicinski fakulteti v Ljubljani začela bolonjska prenova študija splošne in dentalne medicine, ki povečuje pomen učenja sporazumevanja. Z željo po zgodnejšem stiku študentov z bolniki je bil že v prvi letnik študija uveden predmet Sporazumevanje, ki ga v medsebojnem sodelovanju izvajata Katedra za družinsko medicino in Katedra za psihiatrijo. Študentje imajo najprej 16 ur teoretičnih predavanj o sporazumevanju. Kasneje začnejo pridobivati in krepiti veščine sporazumevanja ob igranju vlog v trojici študentov (zdravnik, bolnik, opazovalec) z obiski v domovih starejših občanov in pogovorih s starostniki ter z opazovanjem dela v ambulantni družinskega zdravnika.³² V drugem letniku je predlagan še predmet Stik z bolnikom in v tretjem letniku izbirni predmet Motivacijske tehnike. Pri slednjem in pri predmetu Družinska medicina, ki ostaja umeščen v šesti letnik (bo pa predvidoma skrajšan na pet tedenskih blokov), se za pridobivanje veščin komunikacije uporablja snemanje igranih vlog v sodelovanju s SB.

Učenje z opazovanjem videoposnetkov, s snemanjem igre vlog s SB ter s snemanjem posvetov med specializantom družinske medicine in pravim bolnikom v mentorskih ambulantah, je tudi del podiplomskega izobraževanja specializantov družinske medicine, in sicer v okviru modulov Sporazumeva-

nje 1 in 2. Tudi tu je osnovni namen učenje komunikacije.

Zgoden pričetek poučevanja veščin komunikacije in njegovo nadaljevanje znotraj celotnega dodiplomskega in tudi podiplomskega izobraževanja se je izkazal za zelo koristnega tudi v raziskavah po svetu. Omogoči namreč zgodnje odkrivanje morebitnih težav v sporazumevanju. Vsakoletno izpopolnjevanje in preverjanje naučenega pa omogočita, da se študent razvije v sočutnega in odgovornega zdravnika. Največ koristi od udeležbe pri učenju veščin sporazumevanja imajo udeleženci z najmanj izhodiščnimi izkušnjami sporazumevanja.²⁴

Izkušnje Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani

Pred 15 leti smo imeli le nekaj igralcev. Vsak od njih je igral več različnih vlog SB. Počasi se je krog igralcev povečal na okrog deset. Večina jih je igrala po eno vlogo, posamezni tudi po dve. Od študijskega leta 2009/10 imamo pripravljenih 18 različnih vlog in 12 igralcev. Na začetku smo k sodelovanju povabili nekaj profesionalnih igralcev in študente Akademije za gledališče, radio, film in televizijo. Vendar se to ni izkazalo za najboljše. Najprej zato, ker so igralce študentje medicine prepoznali in so tako zelo težko vstopili v odnos zdravnik – bolnik, ki bi ga morali vaditi pri tej vaji komunikacije. Po drugi strani pa so se študentje Akademije za gledališče, radio, film in televizijo, bodoči profesionalni igralci, preveč osredotočili na svojo igro, obrazno mimiko, pogled v kamero in podobne podrobnosti in tako kot bolniki niso delovali pristno. Podobne izkušnje so imeli tudi na Maastrichtski univerzi. Tudi pri njih so bili najboljši SB ljudje, ki so igrali vloge bolnika na podlagi t. i. metodičnega igranja, pri katerem igra temelji na osebnih izkušnjah.¹⁸ Naši študentje Akademije za gledališče, radio, film in televizijo so imeli vsekakor tudi premalo lastnih izkušenj o bolezni, ki naj bi jo igrali.

Od improviziranih začetkov pouka s pomočjo videa smo to metodo poučevanja s pridobljenimi izkušnjami postopno preči-

stili, tako da je postala del ustaljene prakse našega dela. Izobrazili smo ustrezno število svojim vlogam primernih igralcev. Nekateri imajo danes že večletne izkušnje z igranjem SB.

Za analizo posnetega dialoga med študentom in SB smo do vključno šolskega leta 2010/11 uporabljali posebne vprašalnike. SB je v njih ocenil študentovo poslušanje, pogled, empatičnost, sproščenost, opredelil, ali so mu bili postopki jasno razloženi, ali je imel možnost soodločanja, ali ga je študent pomiril in mu pustil dovolj časa. Ob analizi anket smo ugotovili, da so bili študentje najbolje ocenjeni na področju poslušanja in gledanja bolnika, kjer je kar 88,5 % oziroma 93,3 % prejelo odlično oceno (povprečna ocena na petstopenjski lestvici, kjer je z 1 ocenjeno kot odlično znanje veščine, je bila 1,14 za poslušanje oz. 1,08 za pogled študenta). Največje pomanjkljivosti v sporazumevanju pa so bile zaznane na področju pomirjanja bolnika (povprečna ocena 1,81) in vključevanja bolnika v proces soodločanja (ocena 1,56). V študijskem letu 2011/12 za namene konstruktivnega komentiranja nastopov uporabljamo natančnejše vprašalnike, v katerih SB podrobneje analizira verbalne in neverbalne komponente sporazumevanja.

Izkušnja Katedre za družinsko medicino z uporabo SB pri poučevanju veščin sporazumevanja je glede na pogovore s študenti in izsledke anketiranja specializantov družinske medicine izredno pozitivna. Pozitivne izkušnje in zadovoljstvo udeležencev po-

uka sporazumevanja navajajo tudi drugod po svetu.³³

Kako naprej?

V prihodnosti vidimo predvsem dva velika izziva. Prvi je ta, da bi SB uporabili pri preverjanju znanja študentov in specializantov družinske medicine. SB se pri ocenjevanju študentov in specializantov uporabljajo običajno v okviru postaj OSCE (Objective structural clinical exams).^{34,35} Na teh postajah so vključeni tudi SB. Študentje morajo izvesti klinični pregled ali poseg, vzeti anamnezo, povedati slabo novico in podobno. Postaje OSCE so sredstvo za evalvacijo kliničnih in komunikacijskih spretnosti, ki se opravijo na sistematičen, standardiziran in merljiv način. Drugi izziv pa je znanstveno obdelati bazo posnetkov in ocenjevalnih vprašalnikov, iz katere bi lahko analizirali različne vidike sporazumevanja med študenti in SB.

Pozdravljamo razširitev deleža pouka sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom v dodiplomskem pouku na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Dobrodošla pa bi bila tudi razširitev učenja sporazumevanja v vse klinične specializacije in v stalno strokovno podiplomsko izobraževanje.

Zaključek

Veščin sporazumevanja se je mogoče naučiti in jih tudi stalno izboljševati. Na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani imamo obilo dobrih izkušenj s poučevanjem sporazumevanja s pomočjo videa, ki se je uveljavilo kot redna oblika pouka in poteka po uveljavljenih pravilih že poldrugo desetletje. To potrjuje tako zadovoljstvo študentov kot specializantov družinske medicine, ki so oboji deležni tovrstnega izobraževanja.

Želimo si, da bi naša prizadevanja za pouk sporazumevanja še naprej pomagala slušateljem pri delu z bolniki. Da bi zdravniki – diplomanti Medicinske fakultete v Ljubljani – na svoji poklicni poti gojili sočuten, odgovoren partnerski odnos do svojih bolnikov, ki ob kliničnem znanju zagotavlja dobro celostno oskrbo bolnika.

Literatura

- Vodopivec Jamšek V. Posvet. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ured. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. 2002; 610–18.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697.
- Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M Jr. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: progress, problems, and promise. *JAMA* 1993; 269: 2101–5.
- Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
- Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42(1): 73–9.
- Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education* 2007; 7: 3.
- Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education* 2004; 38: 145–57.
- Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Aneima JR. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic review. *Patient Education and Counseling* 2011; 84: 152–62.
- Carvalho IP, Pais VG, Almeida SS, Ribeiro-Silva R. Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Education and Counseling* 2011; 84: 84–9.
- Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinzar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Medical Teacher* 2006; 28(1): 3–18.
- Bokken L, Rethans JJ. Simulated patients. V: von Bechst et al. *Lessons from problem based learning*. Oxford U Press. 2010; 75–86.
- Cleland JA, Sbe K, Rethans JJ. The use of simulated patients in medical education. *Amee Guides in Medical education*. Aberdeen: Division of medical education, University of Aberdeen: 2010.
- Ker JS, Dowie A, Dowell J, Dewar G, Dent JA, Ramsay J, Benvie S, Bracher L, Jackson C. Twelve tips for developing and maintaining a simulated patient bank. *Medical Teacher* 2005; 27(1): 4–9.
- Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *Journal of Medical Education* 1964; 39: 802–5.
- Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 13–20.
- Beshgetoor D, Wadw D. Use of actors as simulated patients in nutritional counseling. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2007; 39(2): 101–2.
- Watson MC, Norris P, Granas AG. A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research. *International Journal of Pharmacy Practice* 2006; 14: 83–93.
- Wind LA, van Dalen J, Muijtens AM, Rethans JJ. Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of simulated patients). *Medical Education* 2004; 38(1): 39–44.
- Haist SA, Griffith CH, Hoellein AR, Talente G, Montgomery T, Wilson JF. Improving student's sexual history inquiry and HIV counseling with an interactive workshop using standardized patients. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 19: 549–53.
- Haist SA, Wilson JF, Pursley HG. Domestic violence: increasing knowledge and improving skills with a four-hour workshop using standardized patients. *Academic Medicine* 2003; 78: S24–S26.
- Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine* 2005; 80: 600.
- Madan AK, Caruso BA, Lopers JE, Gracely EJ. Comparison of simulated patient and didactic methods of teaching HIV risk assessment to medical residents. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 15: 114–9.
- Rollnick S, Kinnarsley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. *Medical Education* 2002; 36: 377–83.
- Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum. *Patient Education and Counseling* 2005; 58: 265–70.
- Stevens A, Hernandez J, Johnsen K, Dickerson R, Raij A, Harrison C, et al. The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *The American Journal of Surgery* 2006; 191(6): 806–11.
- Hanna M, Fins JJ. Viewpoint: Power and communication: Why simulation training ought to be complemented by experiential and humanistic learning. *Academic medicine* 2006; 81(3): 256–70.
- Rethans JJ, Gorter S, Bokken L, Morrison L. Unannounced standardized patients in real practice: a systematic literature review. *Medical Education* 2007; 41(6): 537–49.
- Bokken L, Van Dalen J, Rethans JJ. Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Medical Education* 2004; 38(10): 1089–94.
- Bokken L, Van Dalen J, Rethans JJ. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Medical Education* 2006; 40(8): 781–86.
- Švab I, Petek Šter M et al. Družinska medicina: delovni zvezek: študijsko leto 2010/2011. 16. Izd. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2010.
- Švab I, Petek Šter M. Sporazumevanje: navodila za vaje in seminar: študijsko leto 2010/2011. 1. Izd. Ljubljana: združenje zdravnikov družinske medicine, 2010.
- Petek Šter M, Švab I, Zalar B, Tomori M. Sporazumevanje – nov predmet na Medicinski fakulteti v Ljubljani. *Zdrav vestn* 2011; 80: 865–72.
- May W, Park JH, Lee JP. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in te-

- aching and learning: 1996–2005. *Medical teacher* 2009; 31: 487–92.
34. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education* 1979; 13(1): 41–54.
 35. Harden RM. *The OSCE – a 15 year perspective*. Montreal: Can-Heal Publications, 1990.