HENRIETTE LUCANDER

BEDÖMNING AV PROFESSIONELLA SAMTAL

En studie av undervisning och bedömning av
tandläkarstudenters patientsamtal

BEDÖMNING AV PROFESSIONELLA SAMTAL

Malmö Studies in Educational Sciences:
Licentiate Dissertation Series 2019:41

© Copyright Henriette Lucander 2019

Omslag: Alisa Dibrova

ISBN 978-91-7104-502-7 (tryckt)

ISBN 978-91-7104-503-4 (pdf)

ISSN 1653-6037

Holmbergs, Malmö 2019

HENRIETTE LUCANDER
BEDÖMNING AV
PROFESSIONELLA SAMTAL

En studie av undervisning och bedömning av tandläkar-
studenters patientsamtal

Malmö universitet, 2019
Fakulteten för lärande och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

Till mina änglar – Rebecca och Karolina

INNEHÅLL

FÖRORD	11
INLEDNING	13
SYFTE OCH ANSATS	21
Syfte	21
Didaktisk ansats	22
Disposition.....	22
Artiklar i uppsatsen	24
TANDLÄKARENS PROFESSIONELLA SAMTAL	25
Profession	25
Kommunikation	26
Professionella samtal	28
Disciplinberoende kommunikation	32
Tandläkarens vårdssamtal	36
Beslutsfattande	38
Delat beslutsfattande – Shared decision making.....	40
Beslutsprocessen	45
Överläggning och förhandling	46
Kommunikation sammanfattning.....	48
UNDERVISNING – KOMMUNIKATIONSFÖRMÅGA	51
Undervisning om kommunikationsförmåga för delat beslutsfattande	51
Undervisning sammanfattning.....	54
BEDÖMNING	57
Bedömning som begrepp	57
Bedömning i förhållande till kunskapssyn	58
Bedömning som informerat omdöme	58
Bedömning, examination och betyg	59

Bedömning styr lärande	59
Bedömningens funktion	60
Examinerande, summativ bedömning	60
Formativ bedömning	61
Balans mellan formativ och summativ bedömning	63
Analytisk och holistisk bedömning	64
Kriterier	66
Feedback	67
Hållbar feedback för självreglerat lärande	70
Bedömning av muntliga prestationer	70
Bedömning sammanfattning	72
ANALYS AV STYRDOKUMENT	75
Tandläkarutbildning vid Malmö högskola	75
Lagar och förordningar	75
Tandvårdslagen	76
Högskolelagen	76
Lärandemål i kurser	77
Examensordning för tandläkarexamen	77
Kurskrav för tandläkarutbildningen	79
Lärandemål i kurser	79
Lärandemål som rör informationsutbyte	79
Lärandemål som rör delat beslutsfattande	81
Lärandemål som rör generella kommunikationsfärdigheter	82
Lärandemål som rör färdighet att skapa relationer	83
Bedömning av prestationer	84
Sammanfattning – analys styrdokument	85
UPPSATSENS INGÅENDE ARTIKLAR	89
Artikel 1 – strukturerande av undervisning	89
Forskningsfrågor för artikel 1	89
Metod – artikel 1	90
Struktur för kommunikationsövning	92
Urval av undersökningsobjekt	92
Genomförande av workshop	92
Material – artikel 1	94
Analys av utvärderingsformulär	95
Resultat – artikel 1	95
Slutsats – artikel 1	96

Artikel 2 – strukturerande av bedömning	96
Forskningsfrågor för artikel 2	97
Metod – artikel 2	97
Resultat för forskningsfråga 1	98
Resultat för forskningsfråga 2	100
Slutsats – artikel 2	102
Forskningsetiska överväganden	102
DISKUSSION	105
Kommunikationsundervisning och bedömningsformer	107
Systematik i kommunikationsundervisning och bedömning ..	114
Struktur för progression	120
Attityd	121
Bidrag till forskningen	122
Framtida forskning	122
Implementering i praktiken	123
ENGLISH SUMMARY	125
Aim.....	126
Background	127
Discussion	132
REFERENSER	141
BILAGOR	165
Bilaga 1: Kriterier för workshopsrollspel	167
Bilaga 2: Förteckning över de bedömningsinstrument som utgör utgångspunkt för konstruktionen av ASDM-instrumentet ...	169
Bilaga 3: Färdigheter i tidigare bedömningsinstrument i förhållande till ASDM-instrumentet.....	173
GENOMFÖRDA STUDIER.....	175
STUDIE 1 – ARTIKEL	176
"I'll Never Forget This": Evaluating a Pilot Workshop in Effective Communication for Dental Students	176
STUDIE 2 – ARTIKEL	183
An Instrument to Assess Dental Students' Competence in Shared Decision Making: A Pilot Study	183

Lista över tabeller

Tabell 1.	Kunskapsmål kring kommunikation med patient.....	80
Tabell 2.	Färdighetsmål om tandläkarens information	80
Tabell 3.	Värderingsförmågemål om tandläkarens förmåga att informera	81
Tabell 4.	Färdighetsmål kring tandläkarens förmåga att erhålla information från patienten	81
Tabell 5.	Lärandemål kring patientcentrerat förhållningssätt.....	82
Tabell 6.	Färdighetsmål kring att bemöta patientkrav.....	82
Tabell 7.	Färdighetsmål kring hantering av patientens upplevda behov	82
Tabell 8.	Färdighetsmål om kommunikationsfärdigheter	83
Tabell 9.	Förhållningssättsmål kring färdighet att skapa relation med patient	83
Tabell 10.	Färdighetsmål kring att analysera reaktioner.....	84
Tabell 11.	Lärandemål rörande personlighetspsykologiska faktorer	84
Tabell 12.	Sammanställning av lärandemål i tandläkarutbildningen i förhållande till identifierade färdigheter för professionell kommunikation	86
Tabell 13.	Instrument för bedömning av delat beslutsfattande (ASDM Assessment of Shared Decision Making).....	99
Tabell 14.	Faktoranalys	100
Tabell 15.	Dental-Patient Communication Skills Instrument DPCSI ..	116

Lista över figurer

Figur 1.	Interpersonell kommunikation, baserad på Hargie (2011, s. 24).....	29
Figur 2.	Tandläkarens samtal baserat på Theaker et al., (2000) ...	37
Figur 3.	Beslutskontinuum	39
Figur 4.	Struktur för kommunikationsövning.....	110

FÖRORD

När jag gick i gymnasiet på slutet av 70-talet hade jag en dröm om högskolestudier, men livet ville annorlunda. Istället lockade arbete i familjeföretaget och jag bildade min egen lilla familj. Ibland slår dock drömmar in – även om det kan dröja innan det händer. Idag har jag nått fram till licentiatstudier, en fantastisk möjlighet!

Vägen hit har varit lång – men – det finns några personer som gjort stor skillnad och som jag känner en omfattande tacksamhet till. Först vill jag tacka tidigare prorektor vid Malmö högskola, professor Madeleine Rohlin, som involverade mig i pedagogisk utveckling inom tandläkarutbildningen. Madeleine lärde mig också att det är en självklarhet att dela med sig av sina erfarenheter – att publicera resultaten av studier. Utan denna erfarenhet tror jag inte att jag hade gett mig in i forskarstudier. Jag vill också tacka tidigare områdeschefen för Teknik och samhälle, Naser Eftekharian som såg vikten av att skapa möjligheter för adjunkter att kompetensutveckla sig genom forskarstudier. Tack också till professor Anders Jönsson som utgjorde sista pusselbiten för mitt inträde i forskarstudier. När vi arbetade tillsammans med den högskolepedagogiska kursen i bedömning förde vi många roliga och utvecklande samtal om bedömning utifrån såväl tidigare forskning som praktiken. Anders gav mig självförtroendet att våga ge mig in i forskarstudier.

Tack till professor Kerstin Knutsson och tandläkare Hanna Salé som bjöd in mig till tandläkarutbildningen för att fundera över undervisning och bedömning av muntlig kommunikationsförmåga. Under forskarstudierna har samtalen vid doktorandseminarierna i

pedagogik starkt bidragit med kritiska reflektioner och många skratt, tack till er alla! Ett särskilt tack vill jag skicka till min doktorandkollega Elaine Kotte. Vi har studerat, diskuterat, lunchat och druckit kaffe och delat doktorandlivets tvivel och glädjeämnen. Ett stort tack till mina handledare, professor Sven Persson, professor Anders Jönsson, universitetslektor Cecilia Franzén och universitetslektor Sara Leckner för alla kommentarer och diskussioner. Tack för att ni orkat läsa, kommentera, diskutera, vara besvärliga och uppmuntrande och därmed bidragit till uppsatsen på ett fantastiskt sätt. Tack också till professor Björn Fossum för dina konstruktiva kommentarer i samband med 90 % seminariet.

Avslutningsvis vill jag tacka en rad starka och goda kvinnor – vilka varit de ”systrar på vägen” som alla människor skulle behöva. Tack till mina kollegor; tidigare prorektor Harriet Axelsson, vice rektor Cecilia Christersson, universitetslektor Christina Bjerkén, professor Mona Holmqvist, universitetslektor Maria Engberg, utbildningsledare Gunilla Löfström och verksamhetsutvecklare Jenny Wendle, ni bidrar alltid med tilltro och uppmuntran. Tack till vännerna och systrarna: Maude, Anneli, Camilla och Renée. Ni bidrar till stabilitet och glädje i livet.

Till sist – tack till mina älskade döttrar – Rebecca och Karolina. Ni har visat den största förståelse för att jag alltid är upptagen av studenter eller tänkande och skrivande. Utan er hade livet inte varit hälften så roligt, utmanande och givande! Ni är det bästa jag har – åtminstone till låns.

Henriette Lucander
Malmö 2018-10-29

INLEDNING

Denna licentiatuppsats är inriktad mot utbildning på universitets- och högskolenivå i skärningen mellan professionskompetens och högskolepedagogik med särskilt fokus på studenter på tandläkarprogrammet på Malmö högskola. Mer specifikt studeras undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patienter.

Tandläkares förmåga att kommunicera muntligt med patienter betraktas som en klinisk kärnkompetens (Manogue, Brown, & Foster, 2001). Tandläkarutbildningar har genom sin europeiska intresseorganisation Association for Dental Education in Europe tagit fram riktlinjer för en tandläkares kompetens och då identifierat "interpersonal communication and social skills" som ett av sju områden, vilka tillsammans representerar hela vidden av en tandläkares professionella aktivitet och kompetens inom sitt yrkesområde. Kommunikativa och sociala färdigheter innefattar: färdighet att kunna skapa en relation som möjliggör effektiv vård, kunna identifiera patientens förväntningar och önskemål, kunna delge patienten information och sitt professionella kunnande, samt kunna förhandla fram en plan för genomförande av behandling (Cowpe, Plasschaert, Harzer, Vinkka-Puhakka, & Walmsley, 2010).

Orsaken till att kommunikationsförmåga betraktas som en central kompetens är att den har visat sig vara nödvändig för en effektiv klinisk praktik inom tandvård (Hannah, Millichamp, & Ayers, 2004). Effektiv innebär i detta sammanhang att god kommunikation med patienten i första hand ger förbättrade vårdresultat (Carey, Madill, & Manogue, 2010; Hagihara & Tarumi, 2006; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). För det andra ökar patientnöjdhet och patientens villighet att följa råd och behandling (Hurst,

Prescott-Clements, & Rennie, 2004), dessutom minskar patientens oro (Hottel & Hardigan, 2005).

Problemidentifiering

Trots att det finns såväl riktlinjer som många goda orsaker att utveckla tandläkarstudenters förmåga att kommunicera effektivt, har ett behov av ett mer systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av dessa färdigheter identifierats (Carey et al., 2010). Fler-talet tandläkarutbildningar har någon form av utbildning inom patientkommunikation. Det saknas dock systematik i upplägget, då vissa utbildningar endast har något enstaka kursmoment och andra erbjuder sina studenter denna typ av kurser endast i början av utbildningen. Även undervisningens upplägg och bedömningsformerna visar utrymme för utveckling (Yoshida, Milgrom, & Coldwell, 2002).

McKenzie (2014) studerade tandläkarstudenters attityd till lärande av kommunikationsfärdigheter och fann att deras attityd var mer positiv i början än i slutet av utbildningen, vilket överensstämmer med liknande, tidigare studier av läkarstudenters attityd (Cleland, Foster, & Moffat, 2005). McKenzie (2014) diskuterar att det kan bero på socialisering in i tandläkarprofessionen där fokus på tekniska färdigheter är stort och där kommunikationsfärdigheter inte är prioriterat, alternativt inte upplevs som prioriterat av studenterna. Det är dock viktigt att komma ihåg att tandläkarstudenter mycket tidigt i sin utbildning ansvarar för invasiv och oåterkallelig behandling av patienter, vilket kan förstärka deras fokus på tekniska färdigheter (Chuenjitwongsa, Oliver, & Bullock, 2016). Hannah et al. (2004) betonar vikten av ett utökat stöd för undervisning i kommunikationsfärdigheter från alla involverade i utbildning inom fakulteten, för att kunna upprätthålla en positiv attityd från studenterna. Även Yoshida et al. (2002) resonerar kring att utveckling av kommunikativ förmåga tenderar att överskuggas av lärandet av mer tekniska färdigheter. Studier genomförda av Broder och Janal (2006) visar att studenternas kommunikationsfärdigheter avtar med tiden, under utbildningen. De konstaterar också att dessa färdigheter

inte verkar fokuseras tillräckligt för att upprätthålla en hög kvalitetsnivå.

Således kan konstateras att undervisning i muntlig kommunikation bör genomföras på ett sådant sätt att: 1) det kan praktiseras genom hela utbildningen, 2) det skapar en mer positiv attityd till lärande av kommunikationsfärdigheter bland såväl studenter som personal inom fakulteten.

Studenter i kurs 10, sista terminen på tandläkarprogrammet 2011 vid Malmö högskola kände en osäkerhet om sin förmåga att kommunicera muntligt. De kontaktade några av sina lärare och bad om ytterligare kompetensutveckling inom detta. Dessa lärare kontaktade mig, då jag sedan en längre tid intresserat mig för undervisning och bedömning av komplexa förmågor. De övningar som genomfördes som svar på studenternas önskemål utgjorde början för denna licentiatuppsats. Studenters upplevda osäkerhet är lätt att förstå då genomförandet av professionella samtal – att kommunicera muntligt med en patient – utgör en komplex förmåga, vilken är svår att bedöma (Wiskin, Allan, & Skelton, 2003).

Professionella samtal

Komplexiteten i det professionella samtalet består av flera lager. För det första krävs flera olika typer av färdigheter såsom att: kunna uttrycka sig klart och tydligt, kunna lyssna på vad som sägs och kunna anpassa sitt budskap i förhållande till den man kommunicerar med (Hargie, 2011). För det andra är sändandet och mottagandet – budskapsöverföring – inte en linjär företeelse. Den information som ges tolkas av mottagaren, vilket kan medföra att sändaren och mottagaren har helt olika uppfattningar om vad som sagts. Här kan också tillkomma svårigheten med att en kommunicerande part kan ha tillgång till expertkunskap vilken inte enkelt kan förstås av den andre. För det tredje påverkar såväl relationen mellan de kommunicerande parterna, som situationen och kontexten, både kommunikationen och förståelsen av den. Anpassning av budskap sker med utgångspunkt från relationen och kontexten. För det fjärde påverkas

kommunicerande parter av varandra, vilket ger en mängd olika möjliga alternativ vid ett samtal, vilket i sin tur kan leda till svårighet att välja mellan alternativen och problem att bedöma studenters förmåga i likvärdiga situationer. Denna komplexitet vidareutvecklas i kapitlet *Tandläkarens professionella samtal*. Begreppet *Professionella samtal* relaterar här till den kompetens som krävs i förhållande till examenskraven och till yrkesrollens krav, med ett särskilt fokus på tandläkarstudenters professionella samtal med patient.

Att vara kompetent innebär i denna licentiatuppsats att kunna integrera kunskaper, färdigheter och förmågor för att hantera relevanta uppgifter, relationer och situationer (se exempelvis Taconis, van der Plas, & van der Sanden, 2004; Towle & Godolphin, 1999).

Bedömning

Det finns omfattande evidens för att bedömning av studenters kunskaper och förmågor styr studenters lärande (se exempelvis Brown, Bull, & Pendlebury, 2013; Manogue et al., 2001; Struyven, Dochy, & Janssens, 2003) och att bedömning definierar det som studenter uppfattar som de verkliga lärandemålen (Biggs & Tang, 2011; Ramsden, 2003).

Bedömning kan ha flera syften, dels att kontrollera att lärandet har nått erforderlig nivå och dels att stödja fortsatt lärande. Eftersom bedömning styr lärandet i så hög grad, bör bedömning inte enbart användas för kontrollerande, examinerande – summativa syften utan också för stöttande av lärande – formativa syften (se exempelvis Black & Wiliam, 2009; Havnes & McDowell, 2007; Jonsson, 2012). Formativ bedömning avser hur ett omdöme om kvaliteten på en students arbete eller prestation kan användas för att forma och utveckla studentens kompetens och göra det på ett sådant sätt att slumpmässighet och "trial-and-error" minskas (Sadler, 1989).

Oavsett om det är studenten själv som vill kunna bedöma sin förmåga och med utgångspunkt från bedömningen kunna känna sig mer säker på sin kompetens – eller – om det är examinatorer som ska bedöma studenternas förmåga i förhållande till lärandemål och yrkesrollens krav, uppkommer frågan om hur bedömning av den

komplexa förmågan att genomföra professionella samtal kan genomföras.

För att kunna bedöma professionell kompetens – och – utifrån definitionen av kompetens, måste undervisning och bedömning skapa möjligheter för studenten att visa att de har förmåga att integrera kunskaper, färdigheter och förmågor för att hantera relevanta uppgifter, relationer och situationer. Kane, Crooks och Cohen (1999) uttrycker det som:

If we want to know how well somebody can write stories or conduct experiments, it seems natural to ask them to do so and to evaluate their performance. (Kane, Crooks, & Cohen, 1999, s. 5)

Den främsta fördelen med så kallad *performance assessment*¹, det vill säga där bedömning sker med utgångspunkt från en direkt observation av hur studenten agerar och utför en uppgift i en relevant situation, är att bedömningen är direkt och inte behöver omtolkas från exempelvis en beskrivning av ett handlande (Kane et al., 1999).

Vid *performance assessment* är uppgiften oftast öppen till sin karaktär, vilket medför att den kan lösas på flera olika sätt, vilket, i sin tur, speglar den professionella yrkesutövningen där det sällan finns ett rätt svar på en uppgift/ett problem (Black, 1998). Uppgiftens öppenhet kan skapa problem när det gäller att göra likvärdiga bedömningar av studenters prestationer, å andra sidan öppnas möjligheter att diskutera kvalitet på olika lösningar. För att ytterligare betona att uppgiften och bedömningen utgår från den komplexa professionella kompetensen används ofta begreppet *autentisk bedömning* (authentic assessments). Autentisk bedömning syftar till att ge goda underlag för att kunna göra valida tolkningar om och bedömningar

¹ I denna uppsats används det engelska begreppet *performance assessment* – då ännu inget motsvarande svenskt begrepp är vedertaget för det aktuella fenomenet. Den direkta översättningen, *prestationsbedömning* används oftast i samband med lönesättning och bonussystem och kan därför verka förvirrande.

av studentens kompetens i förhållande till den professionella yrkesutövningens kvalitetskrav (Darling-Hammond & Snyder, 2000).

Bedömning som informerat omdöme (informed judgment)

Till skillnad från bedömning av fragmenterade kunskaper och färdigheter, vilka är relativt okomplicerade att mäta och enkla att bedöma likvärdigt, ställer bedömning av komplex kompetens vid lösandet av öppna uppgifter andra krav på bedömaren. Detta gäller oavsett om det är studenten som bedömer sin egen eller sina kollegors förmåga – eller om det är examinatorn som ska säkerställa en viss kvalitetsnivå. Sadler (1989) menar att det krävs erfarenhet av att göra kvalitativa bedömningar med utgångspunkt från multipla kriterier för att kunna bedöma kvalitet på prestationer i samband med öppna uppgifter.

Boud (2007) menar att bedömning som begrepp bör omformas och introducerar begreppet *informerat omdöme* (informed judgment).

Informing judgment that is ... the capacity to evaluate evidence, appraise situations and circumstances astutely, to draw sound conclusions and act in accordance with this analysis.
(Boud, 2007, s. 19)

De fyra delarna av informerat omdöme indikerar att det inte enbart är lärare och examinatore som bör kunna ge informerade omdömen. Detta ligger i linje med Bouds (2009) argumentation om att även studenter bör utveckla sin förmåga till informerat omdöme, för att kunna använda denna i syfte att kunna ta ansvar för och styra sitt eget lärande inom utbildningen och i den kommande professionella yrkesutövningen.

Beaktande ovanstående är utgångspunkterna för denna uppsats att:

- Muntlig kommunikation är en komplex situerad process där personer utbyter information i syfte att generera en delad uppfattning om innebörden av kommunikationen.
- Undervisning i muntlig kommunikation bör genomföras på ett sådant sätt att: 1) det kan praktiseras genom hela utbildningen,

2) det skapar en mer positiv attityd till lärande av kommunikationsfärdigheter såväl bland studenter som personal inom fakulteten.

- Performance assessment och autentisk bedömning möjliggör valid bedömning av studentens kompetens i förhållande till den professionella yrkesutövningens kvalitetskrav.
- Bedömning är processen för att kunna ge ett informerat omdöme vilket bygger på att 1) utvärdera belägg, 2) omdömesgillt värdera situationer och omständigheter, 3) dra välgrundade slutsatser och 4) utifrån utvärderingen, värderingen och slutsatserna agera för att utveckla prestationen.

SYFTE OCH ANSATS

Syfte

Syftet med denna uppsats är att bidra med kunskap om och fördjupad förståelse för undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient.

I linje med detta syfte iscensätts och prövas ett undervisningsupplägg, baserat på tidigare forskning (se kapitlen *Tandläkarens professionella samtal*, *Undervisning – kommunikationsförmåga* och *Uppsatsens ingående artiklar*) för att stödja utvecklingen av studenters förmåga att kommunicera muntligt med patienter. Utgångspunkten för undervisningsupplägget är att det ska vara möjligt att praktiseras genom hela utbildningen och att det ska bidra till en positiv attityd till lärande av kommunikationsförmåga.

Vidare designas och prövas ett bedömningsinstrument, utifrån väsentliga färdigheter och kriterier, (se kapitlen *Tandläkarens professionella samtal*, *Bedömning* och *Uppsatsens ingående artiklar*) för att ge möjlighet att, för såväl formativa som summativa syften, bedöma studenternas förmåga att genomföra professionella samtal – att kommunicera med patient.

Forskningsfrågor

De forskningsfrågor som uppsatsen besvarar är följande:

- Hur fungerar systematiken med korta workshops med rollspel i kombination med struktur för kommunikationsövning och kriterier för effektiv kommunikation, som metod för övning av och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga? (Artikel I)
- Vilken uppfattning har studenterna om undervisningsupplägget enligt ovan? (Artikel I)
- Vad kännetecknar ett bedömningsinstrument för formativ och summativ bedömning av tandläkarstudenters förmåga att dela

- beslutsfattandet med patienten? (Artikel II)
- Vilken reliabilitet och validitet har det utformade bedömningsinstrumentet? (Artikel II)

Didaktisk ansats

Denna uppsats har en didaktisk ansats, då den avser att studera *vad* som ska läras och bedömas samt *hur* undervisning kan designas och bedömning genomföras på ett tillförlitligt sätt.

Innehållet i undervisningen avser muntlig kommunikation i form av patientsamtal, således hämtas relevant teori från detta område. Tillvägagångssätt för undervisning och bedömning baseras på tidigare studier kring undervisning i professionell patientkommunikation och bedömningsteori.

Ansatsen ligger nära det Klafki (2011) benämner kritisk-konstruktiv didaktik. Där begreppet *kritisk* avser att didaktiken främjar studentens förmåga till självbestämmande, vilket skapar möjlighet för denne att ta ansvar för sitt lärande. Beteckningen *konstruktiv* syftar på praktikinriktningen. Konstruktiv didaktik innefattar även modellutkast för en möjlig praktik (Klafki, 2011).

I denna licentiatuppsats redovisas dels utvärderande studier av undervisning och bedömning, dels ett modellutkast för en systematisering för en möjlig praktik.

Eftersom diskussionen leder fram till det som Klafki (2011) kallar ett modellutkast för en möjlig praktik, saknas relevans för att genomföra en generell metodteoretisk diskussion på detta stadium.

Disposition

I nästföljande kapitel redovisas teori kring professionell kommunikation, tandläkares kommunikation med patienter med särskilt fokus på delat beslutsfattande. Därefter redogörs för teori om undervisning om kommunikation respektive bedömning av kommunikation.

I kapitlet *Studiens kontext* redovisas information om tandläkarutbildningen. Då denna licentiatuppsats är skriven inom pedagogik

är det möjligt att läsaren inte besitter ingående kunskaper om tandläkarutbildning och de omständigheter som råder när tandläkare ska kommunicera och dela beslutsfattande med patienten. Därför beskrivs dessa ingående i kapiteln *Tandläkarens professionella samtal* och *Studiens kontext*.

Det är även möjligt att tandläkare och tandläkarstudenter skulle kunna ha intresse av att läsa denna licentiatuppsats. Därför beskrivs bedömning ingående i kapitlet med samma namn.

Nästföljande kapitel utgörs av en redovisning av uppsatsens ingående artiklar. För varje artikel görs en ingående redovisning av den tillämpade metoden. Här beskrivs metoden delvis mer ingående än i artikeln. Avsikten med det är att tydliggöra tillvägagångssättet i högre grad än vad som var möjligt att göra inom tidskriftens begränsningar.

Därefter följer ett diskussionskapitel, vilket börjar med en kortfattad diskussion av de båda artiklarna i förhållande till forskningsfrågorna. Därefter följer en diskussion i förhållande till de problemställningar vilka utgjorde grund för att påbörja denna licentiatuppsats. Diskussionen avslutas med licentiatuppsatsens bidrag till forskningen – ett förslag till ett systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient. Förslag till framtida forskning redovisas. Slutligen diskuteras hinder för förslagets implementering.

En engelsk sammanfattning föregår uppsatsens referensförteckning och bilagor. Avslutningsvis återfinns uppsatsens båda artiklar i sin helhet.

Den didaktiska ansatsen påverkar licentiatuppsatsens disposition. Detta blir synligt dels genom att det sedvanliga metodkapitlet saknas och dels i diskussionskapitlet. Diskussion av metod och de båda studiernas reliabilitet och validitet sker i anslutning till redovisning av respektive artikel.

Artiklar i uppsatsen

Artikel 1

”I’ll never forget this”: Evaluating a pilot workshop in effective communication for dental students.

Medförfattare: Knutsson, Kerstin; Salé, Hanna; Jönsson, Anders
Publicerad: 2012, Journal of Dental Education årgång 76, nummer 10, s. 1311-1316

Artikel 2

An Instrument to Assess Dental Students’ Competence in Shared Decision Making: A Pilot Study.

Publicerad: 2017 Journal of Dental Education, årgång 81, nummer 12, s. 1463-1471

TANDLÄKARENS PROFESSIONELLA SAMTAL

Profession

För att tydliggöra vad som i detta sammanhang utgör *professionella* samtal tas utgångspunkt i professionsforskningen.

I vardagligt tal innebär professionell motsatsen till amatör. Den professionelle utövaren är således en betald expert inom något område. Exempel på klassiska professioner är läkare, tandläkare, ingenjör och universitetslektor. Inom professionsforskningen har det funnits behov av att tydligare definiera och avgränsa vad som konstituerar en profession. Brante drar slutsatsen:

... att professioner utmärks av att vara tillgångspunkter till vad som anses utgöra den högsta kunskapen och med denna förenade praktiker inom ett centralt och högt värderat område eller 'fält' som medicin, teknik, trygghet eller estetik. Att utgöra en sådan förmedlande länk mellan kunskap, handling och 'klient' är vad som förenar professioner. (Brante, 2014, s. 357)

Det som förenar professioner är således en för professionen gemensam *kunskapsbas* – att den har sin grund i akademisk utbildning och att verksamheten baseras på vetenskaplig forskning och beprövad erfarenhet. Därefter preciserar Brante också att det måste röra sig om *ett för samhället centralt område*. Tidigare definitioner av profession innehåller en social dimension om altruism, vilken underbyggs av professioners tendens att vara självorganiserande och autonoma (Parsons, 1968). Förändringar i professionsutövande och samhällets värderingar och styrsystem har, enligt Brante, minskat vikten av den sociala dimensionen för att definiera professioner. Det är dock alltså så att självorganisation i yrkesförbund av professioner

fortfarande förekommer, särskilt för de klassiska professionerna. Långa utbildningar, examina och legitimationer utgör också en uteslutningsstrategi, vilket möjliggör professionens monopol på vissa arbetsuppgifter (Cruess, Johnston, & Cruess, 2002). Monopol kan innebära såväl ekonomiska som sociala fördelar. Denna självorganisation i kombination med den gemensamma kunskapsbasen, vilken uppnås genom en längre akademisk utbildning, ger professioner och den professionella yrkesutövaren en viss makt i relation till patienten (Nash, 2007). Det finns en historisk föreställning om att monopol och makten balanseras av att den professionella utövaren garanterar sin kompetens, ger service och agerar med integritet (Cruess et al., 2002). Studier visar dock att allmänhetens förtroende för de medicinska professionerna sjunker (J. J. Cohen, 2006; Masella, 2007). För att motverka allmänhetens bristande förtroende är det viktigt att skapa en förtroendefull relation mellan professionsutövaren och patienten/klienten (Kirshner, 2003).

En förutsättning för att kunna skapa en god vårdrelation är förstås att informera och kommunicera med patienten, vilket innebär att kommunicera i professionen (Roter, 2000). I Socialstyrelsens (2013) nationella utvärdering av tandvård anser 33 % att de fått tillräcklig information om behandlingsalternativ², 36 % ansåg att de fått tillräcklig information om behandlingskostnad medan 80 % ansåg att de helt och fullt blivit bemötta med respekt. Socialstyrelsen (2013) rekommenderar att vårdgivarna ska öka sina informationsinsatser.

Kommunikation

Begreppet kommunikation har sitt ursprung i latinets "communica'tio" vilket betyder ömsesidigt utbyte och "communis" vilket betyder gemensam (Nationalencyklopedin, 2017a). Att kommunicera innebär då att ömsesidigt utbyta information för att *göra gemensamt*. Ordet information kommer från latinets "informa'tio", vilket

² Siffran avser den grupp som uppger att de fått omfattande behandling under det senaste året.

betyder att ge form åt något och avser formge/paketera ett innehåll, vilket sedan kan presenteras i olika medier, även talade sådana (Ibekwe-SanJuan & Dousa, 2014; Nationalencyklopedin, 2017b).

Att kunna kommunicera muntligt är centralt för många av de kontakter och aktiviteter som vi genomför en helt vanlig dag. Mänskans är en social varelse vars framgångar i hög grad berott och beror på dennes förmåga att interagera och kommunicera (Forgas & Williams, 2001). I arbetslivet har förmågan att kommunicera effektivt blivit en allt viktigare färdighet såväl internationellt (se exempelvis Morreale & Backlund, 2007; OECD, 2005) som nationellt (Andréasson, Rosenberg, & Lindstrand, 2007). Som konstaterats ovan baseras professionsyrken på en gemensam kunskapsbas, utgående från längre akademiska utbildningar. Att kunna artikulera sin expertkunskap är en viktig del av professioner och professionell kommunikation (Brante, 2014).

Avtryck i högskolevärlden

Bolognadeklarationen signerades av Sverige 1999, vilket bland annat resulterade i regeringspropositionen Ny värld – ny högskola (Utbildningsdepartementet, 2005). Med utgångspunkt från propositionen kom högskolelagen och högskoleförordningen att förändras.

Ett av målen för högskoleutbildning (Högskolelagen) är att studenterna utvecklar de kommunikationsfärdigheter som förknippas med utbildning på högre nivå (Utbildningsdepartementet, 2017). Enligt Lindberg-Sand (2004) utgörs de kommunikationsfärdigheter som högskolelagen anger, att kunna: skriva och tala, för och med olika målgrupper; kommunicera för att utveckla sin kunskap; kommunicera inom olika arbetslag och organisationskulturer och kommunicera med kollegor inom och utanför landet.

Kommunikation som begrepp används såväl när det gäller att kommunicera med flera, som när det gäller att kommunicera med en eller ett fåtal personer – interpersonell kommunikation (Braithwaite, Schrodt, & Carr, 2015).

Denna licentiatuppsats är inriktad mot interpersonell kommunikation, där tidiga definitioner av kommunikation innebar en process för att sända och motta information, (se exempelvis Giffin & Patton, 1971), medan senare definitioner snarare ser interpersonell kommunikation som en symbolisk process vilken används för att skapa mening (Burleson, 2010):

Interpersonal communication is a complex situated social process in which people who have established a communicative relationship exchange messages in an effort to generate shared meanings and accomplish social goals. (Burleson, 2010, s. 151)

Tidiga modeller av kommunikation (se exempelvis Shannon & Weaver, 1949) visade en linjär process där information överförs från en sändare till en mottagare. Modellen, vilken ursprungligen utvecklades för tekniska applikationer, visar att kommunikationsprocessen startar när ett budskap sänds, att överföringen sker via en kommunikationskanal och att överföringen kan påverkas av störningar. Att betrakta kommunikation som överföring av information leder dock till en förenklad bild av verkligheten. Överföringsmodellen tar till exempel inte hänsyn till huruvida mottagaren har uppfattat informationen på det sätt som sändaren avsåg (Hugenberg & Yoder, 1994).

Senare modeller (se exempelvis Schramm, 1997; Verderber & Verderber, 2005) bygger snarare på ett dynamiskt samspel där de kommunicerande påverkar och påverkas av varandra (Adler, Rosenfeld, & Proctor, 2007).

Professionella samtal

Denna licentiatuppsats fokuserar på muntlig kommunikation – samtal, där ett samtal innebär ett muntligt utbyte av synpunkter eller upplysningar (Nationalencyklopedin, 2017c). Begreppet samtal indikerar att det är två eller flera personer som talar tillsammans (Fossum, 2013b). Ett professionellt samtal innebär då ett samtal där minst en av personerna talar utifrån sin yrkesroll.

Som nämndes ovan ses kommunikation som ett dynamiskt samspel. Clappitt (2012) drar paralleller till dans, där de dansande koordinerar sina rörelser och kommer till en gemensam förståelse om vart de är på väg.

Begreppen *sändare* respektive *mottagare* används i forskningslitteraturen inom såväl den tidigare linjära synen på kommunikation som den mer moderna uppfattningen att det är ett dynamiskt samspel. Även i det dynamiska samspelet i ett professionellt samtal, utbyts information mellan parterna. I den fortsatta texten används begreppen, sändare och mottagare, grundat på att kommunikation är ett dynamiskt samspel.

DeVito (2008) menar att de kommunicerande parterna i ett samtal samtidigt är sändare och mottagare av budskap. Medan person A talar, betraktar A person B för att försöka tolka hur denne uppfattar det som sägs och försöker samtidigt anpassa sitt budskap i enlighet med vad A tror att B tänker (DeVito, 2008). I figur 1 visualiseras interpersonell kommunikation och dess komplexitet.

Figur 1. Interpersonell kommunikation, baserad på Hargie (2011, s. 24)

Merparten av professionell kommunikation äger rum i en specifik kontext. Kontexten påverkar och kan påverkas av kommunikationen. Kontexten utgörs dels av den fysiska platsen och rummet, dels av situation/sammanhang och dels av de kommunicerande parterna och den relation som de har. Platsen och det fysiska rummet påverkar kommunikationen (Beaulieu, 2004; Li & Li, 2007). Som exempel kan nämnas bibliotek, där kommunikation oftast sker så tyst som möjligt. Situationen/sammanhanget för kommunikationen är också av betydelse. Om en eller båda parter går in i kommunikationen utifrån en viss yrkesroll finns ofta uttalade eller outtalade regler som styr och påverkar kommunikationen (Argyle, Furnham, & Graham, 1981; Hargie, 2006). Kontexten skapas också av de båda kommunicerande parterna och deras inbördes relation. Varje person kommer till ett samtal med sina kunskaper, känslor, värderingar, förväntningar, motiv och sin syn på sig själv, den andra parten och situationen. Denna bakgrund påverkar kommunikationen, liksom de kommunicerande parternas syn på den inbördes relationen (Fiske & Taylor, 2008).

Var och en av de kommunicerande parterna kommer också till samtalet med en målsättning för samtalet, en idé om av vart kommunikationen ska leda (Fishbach & Ferguson, 2007). Mål kan vara såväl implicita som explicita och kan förändras under samtalet (Berger, 1995). Respektive samtalsparts mål med det samtal som förs, påverkar möjligheten att faktiskt utbyta tankar och information i syfte att skapa en delad förståelse.

Det som sägs och det som uppfattas skiljer sig oftast åt, människan är inte en passiv mottagare av information utan snarare aktivt involverad i att uppfatta vissa delar av informationen (Hess, Adams Jr, & Kleck, 2008). Vad en person uppfattar, påverkas av kunskaper, förväntningar och erkännandeprocesser, vilket ofta resulterar i missuppfattning av informationen (Hinton, 1993).

Det som uppfattats ska därefter tolkas och bearbetas. I en medierande process organiseras den uppfattade informationen, tolkas, jämförs och utvärderas i förhållande till individens interna tankar, känslor och referensramar samt dennes mål med samtalet. Därefter

tas ett beslut om hur svaret ska formuleras (Lkreps, 1988). Den medierande processen och svaret kan påverka såväl mål som förutsättningar för att uppfatta information och formulera svar (därav de streckade pilarna i figur 1).

Det formulerade svaret utgår från beslutet i den medierande processen. Individens förmåga att omsätta tanke och beslut till ord påverkar svarets formulering (Jordan, 1998).

Utöver de ord som utbyts tillkommer icke-verbal kommunikation, exempelvis kroppsspråk, såsom rörelser och mimik samt tonläge. De icke-verbala koderna påverkar det som uppfattas liksom övriga delar i den interpersonella kommunikationsprocessen (Sidnell, 2006).

I figur 1 används begreppet *Återkoppling* som ett samlingsbegrepp för det verbala och det icke-verbala svaret. Återkoppling sker dels internt – till den som sänder svaret och dels externt – till den som tar emot det. Den interna återkopplingen utgörs av såväl kroppsliga som synliga och hörbara signaler (Heath & Bryant, 2000). Om personen är rädd, blir kroppen stel, vilket i sin tur påverkar hur personen uppfattar det denne hör och ser. Den som talar ser och hör sig själv – även denna information tolkas av sändaren och hur denne uppfattar det han/hon själv har sagt. Denna interna återkoppling används som grund för att besluta om därpå följande uttalanden (Heath & Bryant, 2000). Den externa återkopplingen utgörs av en "sändning" vilken sedan uppfattas och tolkas av mottagaren (Hargie, 2011). Heath och Bryant (2000), liksom Hargie (2011), menar att möjligheten att uppnå en gemensam förståelse står i direkt proportion till hur väl återkopplingen utnyttjas.

Vid muntliga samtal tillkommer också det sociala samspelet som ram för växlingar mellan att konstruera meddelanden och göra tolkningar vilket i sin tur är beroende av olika avsiktlighets- och medvetenhetsnivåer samt parternas olika förståelsedjup (Linell, 1982). I ett idealt samtal är deltagarna jämlika som lyssnar på varandra, i praktiken finns dock oftast maktskillnader vilka också kan påverka samtalet (Vinhagen, 2013).

Sammanfattningsvis kan konstateras att kommunikativ förmåga är komplex, mångfacetterad och kontextberoende, vilket gör den svårbedömd.

Kommunikationsdimensioner

Ett sätt att reducera komplexiteten är att dela upp kommunikation i tre dimensioner: innehållsdimension, processdimension och perceptuell dimension (Kurtz, Silverman, & Draper, 2005). De tre dimensionerna kan relateras till Towle och Godolphins (1999) definition av kompetens som omfattar att kunna integrera och tillämpa kunskaper, färdigheter och förmågor för att hantera relevanta uppgifter, relationer och situationer. De tre dimensionerna kan inte läras eller bedömas isolerat från varandra, men genom att definiera dem kan undervisning och bedömning vara mer specifik och därmed till större nytta för att utveckla praktiken.

Innehållsdimensionen omfattar färdigheter som relaterar till *vad* som kommuniceras medan processdimensionen består av färdigheter som rör *hur* kommunikationen genomförs. Den perceptuella dimensionen avser hur de kommunicerande parterna hanterar och visar vad de tänker och känner baserat på deras attityder och föreställningar, samt hur de uppmärksammar och hanterar känslor och tankar hos den de samtalar med.

Disciplinberoende kommunikation

Ett forskningsfält kring disciplinberoende kommunikation – ”Communication in Disciplines” – är under utveckling. Inom detta fält studeras kommunikationsförmåga i förhållande till behoven inom en viss disciplin (Dannels, 2002; Vostal, McNaughton, Benedek-Wood, & Hoffman, 2015). En central faktor inom detta fält är att kommunikationen ska utgå från den framtida praktiken. Genom att avgränsa till den egna professionen kan komplexiteten, i lärande och bedömning av muntlig kommunikation, reduceras (Dannels, 2002). Fördelen med detta är att studenterna förbereds på att kommunicera i sin kommande yrkesroll, nackdelen kan vara att oreflekterade mönster cementeras (Sullivan & Kedrowicz, 2011).

Medicinområdets kommunikation

Inom medicinområdet identifieras muntlig kommunikationsförmåga som en grundläggande klinisk färdighet (Kurtz et al., 2005) och som en kärnkompetens (Manogue et al., 2001). I de europeiska riktlinjerna för en professionell tandläkarkompetens anges:

On graduation a dentist must be competent to communicate effectively, interactively and reflectively with patients, their families, relatives and carers and with other health professionals involved in their care, irrespective of age, social and cultural background. (Cowpe et al., 2010, s. 196)

Inom kommunikationsteori, hanteras och definieras *effektivitet* av den del som Fiske (2002) kallar processkolan. Processkolan (se exempelvis Gerbner, 1956; Shannon & Weaver, 1949) betraktar kommunikation som en process vilken utgörs av kommunikativa handlingar, där det är möjligt att, genom att förbättra kommunikationsfärdigheterna, kunna kommunicera effektivare. Effektiv kommunikation innebär, i processkolan, att de båda parterna tolkar samtalet likartat och skapar en gemensam förståelse, vilket dock inte behöver betyda att de är överens (Hartley, 1999). Denna definition av effektiv kommunikation tillämpas i denna licentiatuppsats. Den andra delen av kommunikationsteori som Fiske (2002) kallar den semiotiska skolan (se exempelvis Ogden & Richards, 1923; Peirce, 1974), menar att misslyckad kommunikation endast kan åtgärdas genom att minimera sociala skillnader, vilket ligger utanför denna licentiatuppsats.

Inom medicinområdet är det svårare att hitta definitioner av vad effektiv, interaktiv och reflekterande kommunikation innebär. Enligt Maguire och Pitceathly (2002) omfattar *effektiv* kommunikation vårdgivarens förmåga att informera och dela med sig av sin expertkunskap, dennes förmåga att ta reda på hur patienten ser på saken samt kunna diskutera behandlingsalternativen. I en studie av Rozier, Horowitz och Podschun (2011) ombads tandläkare att bedöma olika kommunikationstekniker utifrån hur ofta de använde dem och hur effektiva de ansåg dem vara. De fem tekniker som ansågs vara

mest effektiva var: använda modeller och röntgenbilder för att förklara, använda enkelt språk, rita bilder eller använda illustrationer, tala långsamt samt att be assisterande vårdpersonal kontakta patienten för uppföljning. Samtliga arton tekniker i studien avsåg tandläkarens givande av information, vilket tyder på att kommunikation i detta sammanhang snarare avsåg att informera genom envägskommunikation. Det är olyckligt att *informera* likställs med att *kommunicera* eftersom ömsesidigheten, vilken utgör ett krav för interpersonell kommunikation, saknas.

Förmåga att kommunicera *interaktivt* avser interaktionen med patienten, och omfattar att skapa en relation med patienten vilken skapar grund för en effektiv behandling samt att identifiera patientens förväntningar och behov (Dyche, 2007; Sanz & Meyle, 2010). Interaktion förutsätter att de samtalande involverar och engagerar sig i samtalet. Interaktion kan mätas med olika typer av instrument, exempelvis "Interaction Involvement Scale" vilken mäter interaktionen utifrån lyhördhet, uppmärksamhet och svarsförmåga (Cegala, Savage, Brunner, & Conrad, 1982; Rubin, 2009). Icke-verbal kommunikation utgör en viktig del av interaktiv kommunikation (Dyche, 2007; Mast, 2007). Icke-verbala faktorer definieras som beteenden utan språkligt innehåll (Knapp, Hall, & Horgan, 2013), vilka kan vara såväl talrelaterade (tonfall, talutrymme) som icke-talrelaterade (ögonkontakt, kroppsspråk) (Mast, 2007).

Slutligen, har vi *reflekterande* kommunikation, vilken Masella (2007) knyter till den integritet och förmåga att kritiskt reflektera och tänka vilken förknippas med generisk professionskompetens (Knight, 2007). Inom tandläkarutbildning ses förmåga att reflektera över kommunikation, lärande och sin yrkesutövning som kärnan i att agera professionellt (Zijlstra-Shaw, Robinson, & Roberts, 2012). Den reflektiva dimensionen av kommunikation förutsätter stunder av tystnad, för att lämna utrymme för reflektion (Zimmermann & Morgan, 2016).

Studier visar att god kommunikationsförmåga är en förutsättning för kvalitativ patientcentrerad vård (Maguire & Pitceathly, 2002;

Silverman, Kurtz, & Draper, 2005) och påverkar behandlingsresultat positivt (Carey et al., 2010; Hagihara & Tarumi, 2006; Street et al., 2009). En vårdgivare som visar god kommunikationsförmåga leder till att patienten följer behandlingen i högre grad, är nöjdare och har färre klagomål (Badri, Saltaji, Flores-Mir, & Amin, 2014; Hamasaki, Soh, Takehara, & Hagihara, 2011; Hottel & Hardigan, 2005; Misra et al., 2013; Schouten, Hoogstraten, & Eijkman, 2003). Tandvård förknippas av många med obehag och oro, vilken kan minskas om tandläkaren visar god förmåga att kommunicera (Corah, O'Shea, Pace, & Seyrek, 1984; Hottel & Hardigan, 2005; Van der Molen, Klaver, & Duyx, 2004; Zhou, Cameron, Forbes, & Humphris, 2011). Det finns även indikationer på att god kommunikation kan effektivisera tidsplaneringen vid medicinska konsultationer (Mauksch, Hillenburg, & Robins, 2001).

Patientcentrerad kommunikation

Patientcentrerad kommunikation och vård har förespråkats under de senaste decennierna och bygger på en tanke om att god vård kräver att vårdgivaren beaktar patientens upplevelse av sin sjukdom i det kliniska arbetet (Laine & Davidoff, 1996). Studier har visat att ett patientcentrerat förhållningssätt huvudsakligen fungerar väl och främjar patientnöjdhet (Fossum, 2003; Olsson, Ung, Swedberg, & Ekman, 2013). Holmström (2002, s. 18) definierar patientcentrerat förhållningssätt som ”a focus on the patient as a human being with an illness rather than a focus on the disease itself”. Begreppet används lite olika i litteraturen men Mead och Bower (2000) har identifierat följande fem perspektiv:

Det första är ett biopsykosocialt perspektiv, vilket innebär att vårdgivaren beaktar medicinska såväl som psykologiska och sociala faktorer i sin vårdbedömning och diagnos.

Det andra benämns patient-som-person, vilket innebär att vårdgivaren ska försöka förstå individens upplevelse av sina besvär.

Det tredje perspektivet avser delande av makt och ansvar mot ett jämlikt ideal, där patienten och vårdgivaren deltar på lika villkor. För att kunna dela makt krävs att såväl vårdgivaren som patienten

bidrar till jämlikheten eftersom makten i förhållandet konstrueras av dem gemensamt (Kettunen, Poskiparta, & Gerlander).

Det fjärde perspektivet avser vårdrelationen. Vårdrelationen ges större vikt vid patientcentrerad vård, då studier visat att relationen har stor betydelse för att patienten ska följa vårdgivarens råd och rekommendationer om behandling.

Det femte och sista perspektivet är vårdgivaren-som-person. Tidigare betraktades diagnos och behandlingsbeslut som mer eller mindre objektiva handlingar. Att betrakta vårdgivaren som person och därmed inte 100 % objektiv, möjliggör att ta in dennes professionella erfarenhet och preferenser i beslutsunderlaget (Mead & Bower, 2000). Med ett mer patientcentrerat förhållningssätt kommer vårdgivare och patient att influera varandra vilket medför att det snarare är två subjektiva parter som förhandlar.

Personcentrerad kommunikation, vård och förhållningssätt är nya begrepp inom vården, vilka syftar till att ytterligare förstärka värdet av ett humanistiskt sätt att förhålla sig till andra (Edvardsson, 2010). Personcentrering avser att synliggöra hela människan och dennes livsberättelse, inte enbart sjukdomen, symtomen eller beteendet hos patienten (Fossum, 2013a).

Tandläkarens vårdssamtal

Tandläkarens samtal med patienten i samband med ett vårdbesök är en vanlig form av professionellt samtal, vilket är en viktig del av tandläkarens professionella yrkesutövning (Rozier et al., 2011). Det finns också andra typer av professionella samtal exempelvis med kollegor eller andra yrkesroller i tandvårdsteamet. Dessa kommer dock inte att beröras i denna licentiatuppsats. En tandläkares kommunikationsfärdigheter inkluderar förmåga att uttrycka sig tydligt och klart, använda ett språk som patienten förstår, kunna lyssna på patienten och kunna involvera patienten i behandlingsbeslutet (Hobgood, Riviello, Jouriles, & Hamilton, 2002).

För tandläkare har Theaker, Kay och Gill (2000) genom en processanalys av observationer av tandläkare/patient-interaktion, identifierat att ett vårdssamtal oftast följer en specifik struktur (se figur

2). Vårdsamtalets uppbyggnad kan användas för att systematisera undervisning och bedömning av kommunikationskompetens (Kurtz et al., 2005). Nedanstående beskrivning av en tandläkares vårdsamtal utgår från figur 2.

Figur 2. Tandläkares samtal baserat på Theaker et al., (2000).

Vårdsamtalet inleds med att tandläkaren uppdaterar sig om den aktuella patienten. Samtalet startar genom att tandläkaren hälsar på patienten och presenterar sig. Därefter vidtar en informationsinsamlingsfas där tandläkaren sätter sig in i patientens hela problematik, vilket innebär att ställa frågor om patientens eventuella besvär, levnadsstil, matvanor och andra bakgrundsfaktorer viktiga för en god munhälsa. Tandläkares praktik är ofta uppbyggd på regelbundna kontroller av patienter kompletterat med mer akuta besök. Besöken hos tandläkaren behöver således inte utgå från att patienten har några besvär. Vårdsamtalet skulle i sådant fall se likadant ut som det generella med skillnaden att frågor om orsaken till besöket skulle

utebli. Vid återbesök fortsätter istället samtalet genom att tandläkaren presenterar vad som ska ske under det aktuella besöket. Sedan vidtar den kliniska undersökningen där tandläkaren förväntas förklara för sin patient vad denne gör. Efter den kliniska undersökningen har tandläkaren ställt eventuell diagnos och bildat sig en uppfattning om de behandlingsalternativ som står till buds. Då följer ett informationsutbyte där tandläkaren berättar om diagnosen, olika behandlingsalternativ samt tandläkarens preferenser och ser till att patienten förstått dessa. Tandläkaren ska också se till att patienten bidrar med information om hans/hennes tankar, oro, preferenser och värderingar. När respektive part har informerat och försökt förstå den andre vidtar en diskussion om vilket behandlingsalternativ som ska väljas. Slutligen avslutas samtalet genom att tandläkaren besvarar eventuella ytterligare frågor, förklarar vad som kommer att hända härnäst samt stämmer av beslut om behandlingsplan.

Som stöd under vårdsamtalet anges färdigheter och förmågor, vilka är relevanta och aktuella genom hela vårdsamtalet. På den vänstra sidan anges flödesskapande färdigheter såsom skapande av struktur och beaktande av tid. På den högra sidan anges relationella färdigheter såsom involvering av patient och adekvat icke-verbal kommunikation.

Denna licentiatuppsats fokuserar på de två sista faserna av tandläkarens samtal – *Beslutsfattande* och *Avslutning* – då förmåga att informera, diskutera och komma överens om behandling dels ställer stora krav på kommunikationsförmåga och dels bedömdes som särskilt komplicerad av lärarna på tandläkarutbildningen.

Beslutsfattande

Beslut om behandling involverar på ett eller annat sätt minst två personer – vårdgivaren och patienten. Hur mycket den ena eller andra parten är involverad i beslutet kan variera. Ansvar för beslutsfattande kan ses som ett kontinuum där ena ändpunkten utgörs av paternalistiskt beslutsfattande där tandläkaren tar beslutet utan att involvera patienten och den andra ändpunkten utgörs av att patienten

fattar beslutet baserat på information från tandläkaren och på sina egna preferenser (se figur 3).

Figur 3. Beslutskontinuum

Paternalistiskt beslutsfattande utgår från att det är vårdgivaren – den professionelle experten som är bäst lämpad att fatta beslut om eventuell behandling av en patient, utan att involvera patienten (Moumjid, Gafni, Bremond, & Carrere, 2007). Vid denna typ av beslutsfattande flödar informationen huvudsakligen från experten till patienten. Paternalistiskt beslutsfattande kan i vissa fall vara det enda alternativet, exempelvis vid akuta besvär och om patienten är medvetlös och inte förmår delta i beslutet. Patientens autonomi och rätt att bestämma huruvida denne vill ta emot eller neka en behandling är grunden för informerat patientbeslut (Sandman & Munthe, 2010). Förutsättning för att patienten ska kunna ta ett sådant beslut är att denne erhållit tillräcklig information. Informerat patientbeslut ses ibland som konsumentalternativet, där patienten agerar som en konsument och tar ett köpbeslut om vilken vård denne vill ha. Om vårdgivaren är villig att ge den vård som patienten önskar, utifrån etiska och vetenskapliga värderingar genomförs behandlingen. Även i denna beslutsmodell flödar informationen huvudsakligen från vårdgivaren till patienten.

Mellan dessa ytterligheter finner vi delat beslutsfattande, ”shared decision making” där vårdgivaren och patienten interagerar och delar de olika stadierna av beslutsfattande. Delat beslutsfattande introducerades under 1990-talet som ett alternativ till det tidigare rådande paternalistiska beslutsfattandet. Vid delat beslutsfattande flödar informationen åt båda håll. Dessa modeller för beslutsfattande

är idealbilder. I praktiken tillämpas sällan en enda modell (Wirtz, Cribb, & Barber, 2006).

Empiriska studier visar att det finns starka incitament att involvera patienter i beslut om deras vård då det har en positiv påverkan på vårdresultatet (Coulter, 1999; Elwyn, Edwards, Kinnersley, & Grol, 2000; Legare & Thompson-Leduc, 2014). Studier visar att om patienten involveras i beslutet ökar dennes förståelse för risker och möjligheter och deras förhållande till utgifter, vilket i sin tur leder till bättre behandlingsresultat (Bauer, Spackman, Chiappelli, & Prolo, 2005). Delat beslutsfattande är också en central del av patientcentrerad vård (Main & Adair, 2015). De positiva effekterna av delat beslutsfattande tyder på att det är eftersträvänsvärt.

Gällande lagstiftning, Tandvårdslagen (Socialdepartementet, 2017) och regelverk (General Dental Council, 2013; Socialstyrelsen, 2011) stöder patientens rätt att involveras och delta aktivt i beslut om vård. Studier visar också att patienters intresse för att delta i kommunikation och beslutsfattande har ökat under senare år (Walker, 2015; Winning, Kinnell, Wener, Mazurat, & Schönwetter, 2013).

Delat beslutsfattande – *Shared decision making*

Delat beslutsfattande definieras olika i litteraturen, den definition som vanligen refereras till lägger särskild vikt vid att dela såväl information som beslutsfattande (Charles, Gafni, & Whelan, 1999). Delat beslutsfattande 1) involverar minst två personer vilka 2) utbyter information med varandra och 3) deltar i beslutsprocessen genom att uttrycka och diskutera båda parterns åsikter om behandling, för att 4) ta ett behandlingsbeslut som båda parter kan enas kring (Charles et al., 1999).

Makoul och Clayman (2005) fann tre delar som är nödvändiga för att delat beslutsfattande ska kunna ske: 1) att såväl vårdgivaren som patienten måste inse att ett beslut är nödvändigt, 2) att båda måste känna till och förstå såväl risker som fördelar med samtliga behandlingsalternativ (baserat på de senaste forskningsrönen) samt

3) att de när beslutet ska tas, beaktar såväl vårdgivarens rekommendationer som patientens värderingar och preferenser. För att patienten ska kunna delta i beslutet måste denne förstå tandläkarens specialistkompetens. För att uppnå detta räcker det inte med att informera patienten, vårdgivaren måste säkerställa att patienten förstått de alternativ som står till buds och deras respektive risker och möjligheter. På samma sätt måste tandläkaren förstå patientens värderingar och tankar för att kunna ge en rekommendation som patienten kan känna sig bekväm med. Här tydliggörs vikten av att information flödar i båda riktningar.

Informationsdelning vid delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande bygger på delande av information. Modern kommunikationsforskning visar på komplexiteten i delandet av information och ser det som en iterativ process, vilket visualiseras i avsnittet *Kommunikation* ovan (se figur 1). Ett budskap formuleras med utgångspunkt från sändarens kunskap, värderingar och antaganden om mottagaren. Mottagaren tar emot denna externa information, tolkar den och skapar en inre bild av det som är relevant för denne. Den inre bilden formas med utgångspunkt från såväl logiska som sociala och språkliga erfarenheter och kunskaper hos mottagaren. Vid delat beslutsfattande grundas beslutet snarare på parternas tolkningar av informationen än på ursprungsinformationen (Bekker, 2010).

För att de kommunicerande parterna ska nå en ökad gemensam förståelse av den aktuella problematiken krävs en samtalsprocess där de båda parternas uppfattningar ges utrymme att klargöras och förhandlas. Förhandla i detta sammanhang handlar snarare om att nå en gemensam förståelse än att nå konsensus. Att nå gemensam förståelse tar tid, vilket ibland anges som orsak till bristen på förekomsten av denna typ av förhandling (Towle & Godolphin, 1999). Det finns dock studier som visar på att god patientkommunikation i samband med delat beslutsfattande leder till ökad patientnöjdhet (Davidson & Mills, 2005), bättre beslut (Braddock III, Edwards, Hasenberg, Laidley, & Levinson, 1999; Sepucha, Ozanne, Silvia,

Partridge, & Mulley, 2007), att patienten är bättre rustad att hantera sin sjukdom (Hagerty et al., 2005) och ökad möjlighet att patienten fullföljer behandlingen (DiMatteo et al., 1993).

Det är således en komplex process att nå en gemensam förståelse för en problematik, men det torde finnas många fördelar med att utveckla kompetensen att genomföra en sådan. Ur ett pragmatiskt perspektiv (Stensmo, 2007) kan informationsutbyte ses som en gemensam process för att skapa en konstruktion av verkligheten.

Informationens omfattning

För att säkerställa att ett så bra beslut som möjligt kan fattas krävs att all relevant information har presenterats. Studier visar dock att vårdgivare ofta väljer att inte presentera alla alternativ till behandling (Elwyn et al., 2001; Schouten et al., 2003) och att den information som ges baseras på tandläkarens antaganden om vad patienten vill veta (Vernazza et al., 2015). Vårdgivarens beslut om vilka alternativ som ska presenteras för patienten påverkas av flera faktorer såsom: riktlinjer och regler, vårdgivarens kunskap om tillgängliga behandlingsalternativ för en specifik diagnos, organisatoriska begränsningar som tid och kostnader, vårdgivarens bedömning av patientens värderingar och önskemål samt vårdgivarens intresse av att ha en god fortsatt relation med patienten (Wirtz et al., 2006). Riktlinjer och regler kan ha en stark påverkan på vilka alternativ som vårdgivaren kan presentera, något som varken vårdgivaren eller patienten kan påverka i någon högre grad. Även i de fall då vårdgivaren saknar kunskap om eller erfarenhet av en viss behandling påverkas alternativ som presenteras.

När så mycket medicinsk information finns lätt tillgänglig för patienter kan man tänka sig att patienten kan bidra med information om behandlingsalternativ. Wirtz et al. (2006) menar dock att det är mindre troligt att patienten kan bidra med behandlingsalternativ givet den skillnad i expertkompetens som är typisk i en vårdgivar-patientrelation. Dessutom menar de att då vårdgivaren kan sakna expertis inom detta alternativ så kan denne inte diskutera det. Walker (2015) studerade patienter som söker hälsorelaterad information på

internet. Han menar att tandläkare bör erkänna och acceptera den information som patienten kommer med till vårdsamtalet och kunna diskutera dess värde och riktighet. Vilket då också betyder att en vårdgivare kan behöva sätta sig in i ett, för honom/henne mer obekant behandlingsalternativ för att kunna diskutera det. Patienter kan uppfatta ett sådant förfarande som att vårdgivaren är osäker (Elwyn, Edwards, & Kinnersley, 1999), vilket inte alla patienter uppskattar. En förändring mot ett mer jämställt förhållande mellan vårdgivare och patient när det gäller att bidra med information och behandlingsalternativ vore önskvärt om än kanske inte så enkelt att uppnå (Wirtz et al., 2006).

We are happy to acknowledge that calling for an equal role for doctors and patients in the construction of the option-set would be somewhat other-worldly – but it is nonetheless important to question models of patient involvement that do not systematically address this issue. (Wirtz et al., 2006, s. 121)

Informationens osäkerhet

Vid samtal mellan tandläkare och patient bidrar tandläkaren med sin expertkompetens. Denna information kan vara svår att förstå för patienten, dessutom tillkommer den osäkerhet som ofta råder vid olika behandlingsalternativ. Osäkerhet är oftast/alltid närvarande vid beslut om behandling och förekommer både hos vårdgivare och patient (Politi, Col, & Han, 2007). Vid val av medicinska behandlingar görs ofta avvägningar mellan för- och nackdelar. Mediciner har biverkningar, liksom andra typer av behandlingar kan medföra risker. Dessa biverkningar och risker yttrar sig inte alltid likadant hos alla patienter, vilket utgör ytterligare en osäkerhet i samband med behandlingsrekommendation. Att kunna kommunicera kring osäkerhet är centralt för att kunna ge den information som patienten behöver för att aktivt kunna delta i beslutet (Politi et al., 2007). Kasper et al. (2012) menar att delat beslutsfattande i en modern medicinsk kontext kräver ett tydliggörande av osäkerheten och en förflyttning från information som absoluta sanningar till information som utgår från sannolikhet (Kasper, Légaré, Scheibler, & Geiger,

2012). Vårdgivaren skulle då dela osäkerheten med patienten, vilket skulle ge en förändrad yrkesroll från expert och beslutsfattare till en förmedlare av valmöjligheter, vilka diskuteras med patienten.

Informationens värde

En annan komplicerande faktor är det underförstådda värde som ges till informationen beroende på vem som är avsändaren (Kasper et al., 2012). En stor del av forskning kring delat beslutsfattande utgår från att vårdgivaren ger information som likställs med kunskap, vilken i sin tur ska vila på vetenskapliga rön och beprövad erfarenhet, medan patienten ger information som uttrycks som åsikter och värderingar. Patientens informationsbidrag får då ett lägre kunskapsvärde. I logiska resonemang om val av behandling väger det högre kunskapsvärdet gärna över och balansen i ömsesidigheten i informationsutbytet försvinner. Detta antagande om expertens monopol på relevant kunskap stödjer snarare ett paternalistiskt än ett delat beslutsfattande (Kasper et al., 2012).

Vetenskaplig kunskap ses inte längre som en evig sanning utan snarare som föränderlig i takt med nya rön och nya teorier. Med tanke på den snabba kunskapsutvecklingen är det kanske inte helt säkert att vårdgivaren har tagit till sig (och tolkat) den senaste forskningen. Vetenskaplig kunskap är också numera mer lättillgänglig även utanför den egna professionen. Under senare år har en stor ökning av antalet webbplatser och online-forum på internet vilka erbjuder hälsorelaterad information kunnat skönjas (Sudau et al., 2014). Patienter blir alltmer intresserade av att söka information online och förväntar sig att kunna diskutera denna med sin vårdgivare (Jacquot & Bauer, 2005; Walker, 2015). Korrektheten i denna information samt i patientens tolkning av den kan givetvis ifrågasättas, vilket betyder att tandläkaren behöver vara insatt i och kunna granska och diskutera såväl informationen som tolkningen. Patientens kunskap om sin egen kropp och sitt mående samt dennes erfarenheter av tidigare behandlingar bidrar även de med kunskap.

En mer jämställd syn på kunskapsvärdet i informationen från vårdgivaren respektive patienten torde underlätta informationsutbytet och den gemensamma förståelsen.

Beslutsprocessen

Om informationsutbytet varit tillfredsställande bör en början till gemensam förståelse för problematiken ha utvecklats. Beroende på hur överens de båda parterna är kan det delade beslutsfattandet se olika ut. Delat beslutsfattande kan ses som en balansakt där tandläkarens bedömning av vilken behandling som är bäst för patienten vägs mot patientens autonomi att bestämma vad som är rätt behandling för henne/honom. Resultatet av denna balansakt påverkar patientens villighet och ansträngning att fullfölja tandläkarens behandlingsförslag och rekommendationer liksom de båda parternas fortsatta relation.

Att väga vårdgivarens professionella bedömning av vad som är bäst behandling för en viss problematik, mot patientens rätt att bestämma över sin kropp är inte enkelt. Å ena sidan menar Sandman och Munthe (2010) att då det är vårdgivaren som de facto har den formella kontrollen över och ansvaret för den vård och behandling som beslutet avser, måste patientens val ramas in av vårdgivarens professionella bedömning. Studier av läkares syn på patientinflytande över beslutet visar att de anser att det endast är legitimt då det finns två likvärdiga alternativ att välja mellan (Ford, Schofield, & Hope, 2003). Då vårdgivaren är ansvarig för den behandling denne rekommenderar och utför, uppstår ett etiskt dilemma kring huruvida denne kan acceptera att utföra en behandling vilken han/hon inte anser är den bästa för patienten. Å andra sidan rör beslutet patientens hälsa, vilket gör att det är han/hon som utsätter sig för riskerna och möjligheterna, vilket i sin tur skulle tala för att det är patienten som bör fatta beslutet (Kasper et al., 2012).

Autonomi

Tidiga definitioner av autonomi-begreppet inom vårdsektorn innebar individens rätt att undvika oönskad medicinsk intervention och tillkom som ett svar på patriarkaliskt beslutsfattande (Beauchamp

& Childress, 2009). Autonomi vid denna tid innebar rätten att vägra behandling. Under senare år har större vikt lagts vid att stödja och vara lyhörd inför patienters rätt till autonomi, vilket dock inte betyder att beslutet ska överlämnas helt till patienten (Beauchamp & Childress, 2009). En persons rätt och möjlighet att bestämma kan begränsas av såväl yttre som inre faktorer, där exempel på yttre faktorer kan vara resurser och inre faktorer kan vara personens förmåga att tolka information och bedöma vad som är viktigast för henne/honom.

Rätten att agera autonomt innebär inte en skyldighet för patienten att hävda sin autonomi. I tandvårdslagen anges: "Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" (Socialdepartementet, 2017, 3a§). Om patienten inte vill vara delaktig i beslutet, kan vårdgivaren inte tvinga denne.

Överläggning och förhandling

Wirtz et al. (2006) menar att *hur* resonerandet fram till ett beslut ska gå till är otydligt i forskningen och att detta beror på att, för att kunna faktiskt dela besluten, måste dilemmat kring relationen professionell vårdgivare-patient granskas och omdefinieras.

Överläggningar om behandlingsalternativ är interaktiva till sin natur, vilket både kan utgöra en styrka och en svaghet (Charles et al., 1999). Interaktivitet kan säkerställa patientens involvering i beslutet vilket ses som positivt för behandlingsresultatet samtidigt kan beslutsprocessen bli mer omständlig och tidskrävande. Sandman och Munthe (2010) konstaterar att för att en överläggning ska komma igång, krävs intresse från parterna att börja diskutera, granska, jämföra och utvärdera den information som de båda delgivit varandra. Om inte detta intresse finns återstår paternalistiskt eller informerat patientbeslut. Charles, Gafni och Whelan gör åtskillnad på om de båda parterna har snarlika åsikter om behandling – eller om det är ett större avstånd mellan dem. Om avståndet är litet benämner de resonerandet som *gemensam överläggning* (joint deliberation) och om avståndet är större, *förhandling* (negotiation) (Charles, Gafni, & Whelan, 1997).

Det finns tre huvudsakliga orsaker till att överlägga och förhandla om ett beslut. Den första är vikten av att nå ett välgrundat beslut, den andra är att undvika konflikt och den tredje är att behandlingsresultatet påverkas positivt.

It [the process] is about working together in order to find a consensus on what is the most rational or well-founded decision.
(Sandman & Munthe, 2010, s. 78)

Delat beslutsfattande indikerar också ett delat ansvar för såväl processen som beslutet, vilket innebär att båda parter har ansvar för att försöka förstå och bli förstådd samt för det beslut som slutligen fattas (Kasper et al., 2012).

Relationens inverkan

Relationen mellan vårdgivare och patient blir allt viktigare i takt med att information blir allt mer lättillgänglig och val av vård blir möjlig (Frist, 2005). Studier har visat att relationen mellan vårdgivare och patient kan påverka båda parter kunskap, känslor och beteende även vid kortare vårdkonsultationer (LeBlanc, Kenny, O'Connor, & Legare, 2009; Légaré et al., 2008). Delat beslutsfattande är beroende av relationen mellan de båda beslutande parterna (Légaré & Zhang, 2013). Relationell kompetens och förmåga att kommunicera osäkerhet ses som de två främsta förutsättningarna för delat beslutsfattande (Légaré et al., 2013).

För att skapa en relation med patienten är det centralt att identifiera, förstå och acceptera patientens perspektiv. Att acceptera innebär att erkänna legitimiteten av patientens perspektiv och värdera dennes informations- och kunskapsbidrag (Légaré et al., 2013; Silverman et al., 2005). Att acceptera innebär inte nödvändigtvis att vara överens med patienten. Studier har visat att patienter behöver känna att vårdgivaren visar respekt för honom/henne som individ för att kunna delta i relationen (Naik, Street, Castillo, & Abraham, 2011). Undersökningar av patienters förväntningar inför ett tandläkarbesök visar att det är viktigare för dem att träffa en tandläkare

som lyssnar på dem, har en trevlig attityd, förklarar behandlingsalternativ och inger förtroende än teknisk expertis (Fox, 2010; Newsome & Wright, 1999; Sbaraini, Carter, Evans, & Blinkhorn, 2012).

Överläggning och förhandling sker dock sällan på lika villkor då förhållandet mellan vårdgivare och patient oftast medför en obalans i expertkunskap och makt. Dessutom är patienten ofta orolig och känner sig sårbar vilket ytterligare kan förskjuta balansen dem emellan (Abrahamsson, Berggren, Hallberg, & Carlsson, 2002). Genom att belysa och diskutera relationsbaserade föreställningar såsom samstämmighet och beroendeförhållandet mellan parterna kan det delade beslutsfattandet underlättas (Kasper et al., 2012).

Det kan också finnas tillfällen då patienten har satt sig in i sin problematik och kommer till vårdmötet med bestämda åsikter om vilken behandling hon/han önskar. Om dessa skiljer sig från vårdgivarens, försvåras förhandlingen och även maktbalansen i relationen kan prövas och förändras. Huvudansvaret för ett fungerande vårdssamtal bör dock ligga hos organisationen och den enskilde vårdgivaren, inte hos patienten (Vinthagen, 2013). Studier av svenska tandläkare har visat att de kan ha svårt att finna sin roll när balans i expertkunskap och makt förskjuts (Röing & Knutsson Holmström, 2014).

Kommunikation sammanfattning

Den teoretiska genomgången visar att följande punkter är centrala som utgångspunkt för planering av undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient.

- Att kommunicera muntligt – samtala – innebär att skapa en gemensam bild – *göra gemensamt*, genom att tala med varandra i en symbolisk process vilken används för att skapa mening. Kommunikativ förmåga är komplex, mångfacetterad och kontextberoende, vilket gör den svårbedömd. Ett sätt att reducera komplexiteten är att dela upp kommunikation i tre dimensioner: innehållsdimension, processdimension och perceptuell dimension

- Tandläkarens vårdssamtal följer oftast en specifik struktur bestående av sex faser. 1) Tandläkaren hälsar på patienten, 2) Orsaken till besöket identifieras, 3) Informationsinsamling, 4) Klinisk undersökning, 5) Beslutsfattande 6) Avslutning. Denna struktur kan reducera komplexiteten i undervisning och bedömning av kommunikativ förmåga.
- Beslut om behandling involverar på ett eller annat sätt minst två personer – vårdgivaren och patienten. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- Delat beslutsfattande 1) involverar minst två personer vilka 2) utbyter information med varandra och 3) deltar i beslutsprocessen genom att uttrycka och diskutera båda parter åsikter om behandling, för att 4) ta ett behandlingsbeslut som båda parter kan enas kring. Vid delat beslutsfattande går informationsflödet i båda riktningar.
- Informationens omfattning måste vara tillräcklig för att patienten ska förstå alla tillgängliga och relevanta behandlingsalternativ samt deras risker och möjligheter och för att tandläkaren ska förstå patientens kunskap och perspektiv. Eventuell osäkerhet i informationen ska redovisas och diskuteras. Informationen kan ha olika kunskapsvärde, vilket bör beaktas och adresseras vid informationsutbytet.
- Relationen mellan patient och tandläkare påverkar såväl kommunikation som behandlingsresultat. För att skapa en relation med patienten är det centralt att identifiera, förstå och acceptera patientens perspektiv. Att acceptera innebär att erkänna legitimiteten av patientens perspektiv och värdera dennes informations- och kunskapsbidrag.

UNDERVISNING – KOMMUNIKATIONSFÖRMÅGA

Undervisning om kommunikationsförmåga för delat beslutsfattande

Som nämndes i inledningen är tandläkares förmåga att kommunicera med patienter en klinisk kärnkompetens, vilken består av en kombination av kommunikativa och relationella, sociala färdigheter. Dessa färdigheter innefattar att:

- Kunna skapa en relation med patienten vilken tillåter och möjliggör effektiv vård
- Kunna efterfråga, tolka och acceptera information från patienten för att identifiera dennes kunskaper, förväntningar och önskemål.
- Kunna delge patienten all relevant, aktuell information om behandlingsalternativ, inklusive risker och sannolikheter i syfte att dela med sig av sitt professionella kunnande.
- Kunna förhandla fram en plan för genomförande av behandling.

Hur kan då undervisningen struktureras för att på ett effektivt sätt stimulera studenters utvecklande av kommunikationskompetens? För det första är det viktigt att undervisningen kan ske på ett sådant sätt att fokus på och värde av kommunikationskompetens ökas. Studier har visat att undervisning och bedömning av kommunikationsförmåga får stå tillbaka till förmån för mer tekniska kunskaper och färdigheter (Yoshida et al., 2002). Som nämndes i inledningen har det visat sig att studenters attityd till lärande av kommunikationsfärdigheter blir alltmer negativ under utbildningens gång, vilket antas bero på en socialisering in i tandläkarprofessionen där tekniska färdigheter oftast är i fokus (McKenzie, 2014; Yoshida et al., 2002). För att förändra detta menar Hannah et al. (2004) att det är viktigt

att uppnå en större förståelse och ett bredare stöd för kommunikationslärande inom tandläkarutbildningen. Således rekommenderas en bred förankring av undervisning i kommunikationskompetens i tandläkarutbildningen för att säkerställa fokus på kommunikationskompetens och dess värde.

För det andra bör kommunikationsundervisning praktiseras genom hela utbildningen då detta upplägg verkar underlätta studenternas lärande (Deveugele et al., 2005). Studier har visat att studenters kommunikationskompetens kan nå en grundläggande tillfredsställande nivå tidigt i utbildningen, vilken sedan varken förbättras under utbildningen eller genom klinisk erfarenhet (Wouda & van de Wiel, 2012). Studier av Broder och Janal (2006) visade att studenters kommunikationsförmåga avtar med tiden under utbildningen om inte tillfällen till övning och vidareutveckling av kompetensen erbjuds. Carey et al. (2010) menar att det finns behov av ett mer systematiskt angreppssätt när det gäller att utveckla tandläkarstudenters kommunikationsförmåga. Detta stöds av att tidigare studier visat att införandet av enstaka kortare sessioner av undervisning och bedömning av kommunikationskompetens inte var tillräckligt för att förbättra tandläkarstudenters kommunikationskompetens (Cannick et al., 2007). Inte heller var införandet av en sammanhållen kurs, vilken fokuserade på utvecklandet av kommunikationskompetens tillräckligt (Hannah et al., 2004). För att uppnå en beteendeförändring hos studenterna är det nödvändigt att introducera undervisning om kommunikationsfärdigheter tidigt i utbildningen och fortsätta att öva och utveckla denna kompetens genom hela utbildningen (Broder & Janal, 2006; Hannah et al., 2004).

För det tredje bör kommunikationsundervisning vara praktik- och erfarenhetsbaserad, då studier visat att föreläsningar och läsande om muntlig kommunikation inte ger tillräckligt goda resultat (Aspegren, 1999). Studier visar att workshops med rollspel med praktikfall utgör en effektiv undervisningsstrategi för att simulera verkliga situationer och främja studenternas aktiva engagemang i lärandet (Billings & Halstead, 2005; Freeman, 2003).

Hannah et al. (2004) fann att studenter föredrog autentiska och utmanande praktiska övningar när de skulle lära sig att kommunicera. De fall som används som utgångspunkt för rollspel bör vara autentiska och spegla den professionella yrkesutövningen där det sällan finns ett rätt svar på en uppgift/ett problem (Black, 1998). Rollspel kan också vara en metod för att utveckla ansvarskänsla och självförtroende vid beslutsfattande och problemlösning (L. Cohen, Manion, & Morrison, 2013). Studenterna uppskattade också möjligheten att öva i en trygg och säker miljö (Hannah et al., 2004) vilket talar för att börja träning av kommunikationskompetens utanför kliniken där studenterna kan pröva olika strategier för kommunikation och få feedback på sin prestation innan kompetensutvecklingen fortsätter i kliniken.

Feedback, återkoppling om studentens prestation i förhållande till en önskvärd kvalitet på prestationen är centralt för studenters lärande (Hattie & Timperley, 2007; Shute, 2008). Studier av Roter et al. (2004) visar att kortare undervisningsaktiviteter med simulerade patienter³ och individualiserad feedback kan utveckla studenters kommunikationsfärdigheter. Ofta utgår undervisningen från att det är läraren som ger feedback men såväl Sadler (1989) som Boud och Molloy (2013) argumenterar för att studenter bör involveras i feedbackarbetet för att kunna ta ansvar för sitt lärande. Mer om feedback kan läsas i avsnittet Feedback i kapitlet *Bedömning*. För att studenter ska kunna involveras i att ge feedback krävs att de har en förståelse för de mål mot vilka prestationen ska jämföras och bedömas (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). Här kan kriterier och exempel användas för att förtydliga önskvärda kvalitetsnivåer (Sadler, 1989). Att kunna reflektera över sitt lärande och sina erfarenheter är centralt för att identifiera styrkor och svagheter i den egna kompetensen, vilket i sin tur är av vikt för att kunna reglera sitt eget

³ En simulerad patient är en person (ofta skådespelare) som agerar patient vid ett möte med vårdgivande studenter. Dessa baserar sitt agerande på information om symptom vid en viss diagnos.

lärande i stunden samt för att skaffa sig strategier för livslångt lärande (Sandars, 2009; Strauss et al., 2003). För att kunna utveckla förmåga att reflektera krävs en undervisningsmiljö som främjar självständighet, innehåller utmanande uppgifter med givande av feedback samt möjliggör tillgång till och stimulans av andra (Rogers, 2001). En slutsats av ovanstående är att undervisningen bör innefatta feedback från såväl lärare som studenter, där reflektion är en central del.

För det fjärde bör undervisningen fokusera på professionell kommunikation och därmed utgå från teori kring professionell kommunikation och utgöras av praktiska övningar inom samma fält.

However, while humans are born with the ability to vocalize, they are not born with a full accoutrement of the knowledge, attitudes, and skills that constitute communication competence. The ability to communicate effectively and appropriately is learned and, therefore, can and should be taught. (Morreale & Pearson, 2008, s. 225)

Det finns stora skillnader mellan att kommunicera i allmänhet och att kommunicera effektivt och ändamålsenligt i en professionell yrkesroll. Det är således centralt att lyfta fram professionell kommunikation både i den teoretiska basen och i de praktiska övningarna. Detta bör positivt påverka de studenter som ser kommunikationsförmåga som ”sunt förnuft”, vilket inte kan läras och/eller som något som man redan behärskar (Hannah et al., 2004), vilket i sin tur bör påverka attityd till kommunikationsundervisning positivt.

Undervisning sammanfattning

Sammanfattningsvis visar den teoretiska genomgången att följande punkter är centrala vid undervisning om och lärande av kommunikationskompetens:

- En bred förankring av undervisning i kommunikationskompetens i tandläkarutbildningen för att säkerställa fokus på och värde av kommunikationskompetens.
- Att kommunikationsundervisning bör praktiseras genom hela

utbildningen

- Undervisningen är praktik- och erfarenhetsbaserad med autentiska och utmanande övningar, vilka genomförs både inom och utanför kliniken.
- Undervisningen innefattar feedback från såväl lärare som studenter där reflektion är en central del.
- Undervisningen fokuserar på professionell kommunikation genom att utgå från professionell kommunikationsteori och utgörs av praktiska övningar inom samma fält.

BEDÖMNING

To assess is to make judgements about students' work, inferring from this what they have the capacity to do in the assessed domain, and thus what they know, value or are capable of doing. (Joughin, 2009a, s. 16)

Bedömning som begrepp

Bedömning och bedömningsforskning inom högre utbildning har under de senaste decennierna förflyttats från "testing culture" – mätning av faktakunskaper till "assessment culture" – bedömning av mer komplexa kompetenser och "higher order thinking processes" (Dochy, Gijbels, & Segers, 2006). Denna förflyttning har tillkommit av flera orsaker, en är att synen på kunskap förändrats, en annan är det som i Sverige kallas för Bolognaprocessen (Utbildningsdepartementet, 2005). I samband med Bolognaprocessen förflyttades fokus, såväl i kursplaner som för lärande, från kursers innehåll till att beskriva, inte bara den kunskap utan också de färdigheter, förmågor och förhållningssätt som en student skulle visa för att bli godkänd på kursen och för att nå målen för en examen.

I enlighet med Högskoleförordningen (2016, 15§) ska lärandemål och examinationsformer anges i kursplanen. I enlighet med Malmö högskolas anvisningar för kursplaner ska samtliga lärandemål bedömas och de bedömningsformer som används ska göra det möjligt att bedöma de kunskaper och kompetenser som anges i lärandemålen (Malmö högskola, 2013a). Det är således viktigt att bedömningsformerna väljs med utgångspunkt från lärandemålen. Med lärandemål uttryckta som kunskap/förståelse, färdighet/förmåga samt värderingsförmåga/förhållningssätt ställs nya krav på såväl examinationsformer och -uppgifter som bedömning (Knight, 2007).

Bedömning i förhållande till kunskapssyn

Kunskap har tidigare (och ses ibland även numera) setts som väletablerad, objektiv, utan koppling till kontexten och möjlig att jämföra och mäta (Joughin, 2009c). Med en sådan kunskapssyn används ofta examinationer med slutna frågor och problem vilka har "rätta" svar. Bedömning är i detta fall relativt enkel. En annan syn på kunskap är att den är föränderlig, subjektiv och kontextberoende, där studenterna konstruerar kunskap genom sin egen aktivitet, där de bygger vidare på det de redan vet och kan (Biggs & Tang, 2011).

Examinationer vid denna kunskapssyn använder ofta praktik-liknande uppgifter och problem vilka kan lösas på flera olika sätt med olika resultat. Bedömning innebär då en kritisk värdering av mer komplexa kompetenser (Knight, 2007).

Bedömning som informerat omdöme

En kritisk värdering av komplexa kompetenser kan inte baseras endast på mätning, då mätningsteori baseras på stabila objekt snarare än föränderlig, konstruerad kunskap (Knight, 2007). Komplexa kompetenser kräver informerad kritisk värdering, där bedömning leder till ett informerat omdöme (Boud, 2007). Bedömning för ett informerat omdöme innefattar att: 1) utvärdera belägg, 2) omdömesgillt värdera situationer och omständigheter, 3) dra välgrundade slutsatser och 4) agera i enlighet med denna analys. *Informerat* i detta sammanhang antyder att bedömaren måste vara insatt i området för att kunna ge ett informerat omdöme om en viss prestation. Omdöme indikerar att det är en värdering som gjorts på ett omdömesgillt sätt.

Förmåga att kritiskt värdera, att ge informerade omdömen är centrala delar för akademien och högre utbildning (Barnett, 2007). Sadler (1989) menar att det krävs erfarenhet av att göra kvalitativa bedömningar med utgångspunkt från multipla kriterier för att kunna bedöma kvalitet på prestationer i samband med öppna uppgifter. Det kan ta flera år att utveckla denna förmåga (Kirkwood, 2007) men även studenter bör tränas i att utveckla förmåga att ge informerade omdömen (Boud & Falchikov, 2007). Syftet med det är dels att

de tränas i att bedöma sin egen kompetens och prestation för att kunna ta ansvar för sitt lärande och dels att de skolas in i akademien.

Bedömning, examination och betyg

Enligt högskoleförordningen innebär examination att en utsedd examinator bestämmer ett betyg utifrån den eller de former för bedömning av studenternas prestationer som anges i kursplanen (Högskoleförordningen, 2016). Examination är en form av myndighetsutövning där betyg på en kurs, sätts. Med utgångspunkt från förvaltningslagen utgörs examination av fyra faser. Initialstadiet utgörs av studentens registrering på kursen. Bedömning kan ses som tillhörande beredningsstadiet i handläggningen. I detta stadium innefattas alla moment som är förutsättningar för examination och betygssättning (Högskoleförordningen, 2016). Examination utgörs av de två sista stadierna i ett förvaltningsärendes handläggning, avgörandestadiet och verkställighetsstadiet, (Högskoleförordningen, 2016). I avgörandestadiet väger examinatorn samman beredningsunderlagen – bedömningarna och beslutar om ett betyg medan verkställighetsstadiet oftast innebär en registrering av betyget. Examination avser således att ett eller flera underlag från de bedömningar av studenters prestationer som genomförts inom en kurs, vägs samman för ett betygsbeslut.

Det engelska begreppet "assessment" kan avse både bedömning som beredning och bedömning som sammanvägning vid examination inför ett betygsbeslut. I denna licentiatuppsats används bedömning på samma sätt som det engelska begreppet. Betygsfrågan kommer däremot inte att beröras i denna licentiatuppsats.

Bedömning styr lärande

Bedömningens inflytande på studenters lärande är väl dokumenterat i litteraturen och har undersökts i ett flertal studier (se exempelvis Entwistle & Entwistle, 1991; Gijbels, Segers, & Struyf, 2008; Struyven et al., 2003). Ramsdens (2003, s. 182) text citeras ofta: "from our students' point of view, assessment always defines the actual curriculum", vilket pekar på att studenter skapar sin syn på kursplanen utifrån hur examination sker och vad som kommer att

bedömas. Biggs och Tang (2011) förtydligar genom att ange att studenter lär sig det som de tror att de kommer att bedömas på. Joughin (2009b) menar att tidigare studier inte kunnat klargöra i hur stor omfattning och i hur hög grad som bedömning och examination faktiskt påverkar studenters lärande och strategier för lärande. Oavsett i hur hög grad bedömning påverkar lärandet, är det en god idé att använda denna kraft för att ytterligare säkerställa att de komplexa förmågor vilka utgör mål för all högre utbildning, prioriteras.

Bedömningens funktion

Bedömning kan ha en mängd olika funktioner (Brown et al., 2013) men tre framstår som centrala: 1) att ge ett omdöme om studentens prestationer i förhållande till kursens lärandemål – bedömning *av* lärande, 2) att stödja lärandeprocessen – bedömning *för* lärande och 3) att upprätthålla den standard som krävs för den kommande yrkesutövningen (Joughin, 2009c). Den tredje är central för all högre utbildning men kanske särskilt relevant när det gäller professions- och legitimationsyrken. De olika funktionerna kan både stödja och motverka varandra. Från bedömarens sida krävs en professionell bedömningspraktik för att kunna balansera de olika funktionerna (Gerrevall, 2008).

Examinerande, summativ bedömning

Bedömning av lärande – summativ bedömning – eller – examination, definieras som det slutliga, värderade omdömet om en prestation, vilket påverkar alternativt utgör studentens betyg (Jessop, McNab, & Gubby, 2012). Bedömning är en mekanism som kontrollerar studenter, vilken är såväl genomgripande som stark (Boud, 1995).

Students can, with difficulty, escape from the effects of poor teaching, they cannot (by definition if they want to graduate) escape the effects of poor assessment. (Boud, 1995, s. 35)

Summativ bedömning inom utbildning tenderar att ha en negativ klang (Taras, 2005), vilken dels orsakas av effekter av aktuella styr- och kvalitetssäkringssystem inom högre utbildning (Jessop et al.,

2012), och dels av den negativa effekt som summativ bedömning har på studenters självförtroende och självkänsla (Boud, 1995). Trots den negativa effekten, kan det finnas behov av att säkerställa att studenter har den kompetens som efterfrågas såväl inom akademien som i det kommande yrkeslivet (Knight, 2007; Knight & Yorke, 2003).

Oftast ges feedback till studenten i samband med den summativa bedömningen. Studier har dock visat att feedback i samband med summativ bedömning ofta negligeras eller avfärdas (Black & Wiliam, 1998). Dessutom kommer denna feedback ofta alltför sent för att studenten ska kunna agera utefter den och det är oftast oklart hur studenten ska använda den vid kommande examinationer (Orrell, 2006). Eftersom bedömning styr lärandet i så hög grad, bör bedömning inte enbart användas för kontrollerande, examinerande – summativa syften utan också för stöttande av lärande – formativa syften (se exempelvis Black & Wiliam, 2009; Havnes & McDowell, 2007; Jonsson, 2012).

Formativ bedömning

Formativ bedömning avser hur ett omdöme om kvaliteten på en students arbete eller prestation kan användas för att forma och utveckla studentens kompetens och göra det på ett sådant sätt att slumpmässighet och ”trial-and-error” minskas (Sadler, 1989).

It [formative assessment] is defined as low-risk, unmarked assessment with feedback, through which students gradually master the skills of a discipline, and are encouraged to take risks and be creative without it impacting on their marks. (Jessop et al., 2012, s. 143)

I viss pedagogisk litteratur innebär formativ bedömning, att feedback ges i samband med en summativ bedömning. Studier har dock visat att det är viktigt att studenter känner sig trygga och stöttade för att våga riskera att visa sina eventuella tillkortakommanden (Knowles, 1984; Westberg & Jason, 1994). Först då kan effektiv feedback ges och användas för att utveckla prestationen, vilka är förutsättningarna för formativ bedömning (Rolfé & McPherson,

1995). I denna licentiatuppsats används definitionen ovan – att formativ bedömning är en låg-risk, icke-betygssatt bedömning, vilken gör det möjligt för studenter att ta risker och vara kreativa utan att det påverkar deras betyg. Denna definition ligger i linje med tanken att formativ bedömning syftar till att utveckla snarare än mäta kompetens (Gipps, 1999).

Bedömning för att stödja lärande

Det finns olika vägar att utnyttja den påverkan som examination och bedömning har på lärandet. En väg är att examinationsuppgifter och examinationsformer utformas på ett sätt som stimulerar studenten att lära sig på ett sätt som leder till värdefull, varaktig kompetens och samtidigt gör det möjligt att bedöma studentens prestation i förhållande till lärandemålens krav (Joughin, 2009c). Biggs och Tang (2011) menar undervisning handlar om konceptuell förändring, att ändra hur vi ser på världen. Enbart informationsinhämtande ger inte någon sådan förändring (Biggs & Tang, 2011).

Utgångspunkten, att studenter konstruerar kunskap genom sin egen aktivitet, där de bygger vidare på det de redan vet och kan (Biggs & Tang, 2011), talar för att undervisning och bedömning bör konstrueras på ett sätt som ger dem denna möjlighet. Under de senaste 25 åren har det genomförts ett antal studier av hur bedömningsformer påverkar studenters lärande (se exempelvis Marton & Säljö, 1997). Senare års studier har visat att de studenter som har förmåga och tendens att ha ett djupinriktat lärande anpassar sitt lärande i förhållande till bedömningsformen, medan de studenter som utövar ytinriktat lärande inte tycks påverkas av bedömningsformen (Struyven, Dochy, Janssens, & Gielen, 2006). Haggis (2003, s. 104) slutsats är: "despite frequent claims to the contrary, it may be that it is almost impossible to 'induce' a deep approach if it is not 'already there'". Trots att inte alla studenters lärandestrategier påverkas av bedömningsformer och bedömningsuppgifter, bör dessa utformas för att stimulera djupinriktat lärande hos så många studenter som möjligt.

Lärande bedömning ”Assessment for learning, AfL” är ett begrepp som avser att använda bedömning för att utveckla lärandet, där autentisk bedömning, aktivt och deltagande lärande, balans mellan formativ och summativ bedömning och feedback i dialog utgör centrala byggstenar (McDowell, 2012).

Autentisk bedömning

Autentisk bedömning syftar till att göra såväl lärande som bedömning mer realistiska, meningsfulla samt avse viktig och värdefull kompetens (McDowell, 2012). Genom att använda autentisk bedömning med meningsfulla uppgifter skapas studentengagemang (McCune & Hounsell, 2005; Sambell, McDowell, & Brown, 1997). Även upplägget kan vara autentiskt, exempelvis genom arbete i grupp och/eller möjlighet att använda litteratur vid examinationen.

Aktivt och deltagande lärande

På grund av en obalans mellan formativ och summativ bedömning är det idag vanligt att studenter bedöms summativt första gången de prövar att göra något nytt (McDowell, 2012). Genom att involvera studenterna i aktivt och deltagande lärande och formativ bedömning förbereds de för summativ bedömning. På detta sätt skapas ett mer rättvist system, vilket är viktigt för studenters engagemang (Flint & Johnson, 2010). Studenter som upplever att systemet är orättvist tenderar att bli mindre engagerade i sitt lärande och fokusera på bli godkända på momentet snarare än att lära sig något av det (Gibbs, 2006).

Balans mellan formativ och summativ bedömning

Under senare år har balansen mellan formativ och summativ bedömning i högre utbildning tippat över till förmån för summativa bedömningar (Gibbs & Dunbar-Goddet, 2009; Jessop et al., 2012; Knight & Yorke, 2003) trots att det är väl känt att formativ bedömning är central för att utveckla lärande (Black & Wiliam, 1998; Boud, 2000; Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). De främsta orsakerna till detta anses vara rådande kvalitetssäkringssystem vilka in-

riktas mot summativ bedömning och ansvarsutkrävande i kombination med marginaliserad och osynlig formativ bedömning (Jessop et al., 2012; Knight, 2001).

Kvalitetssäkringssystemen och såväl lärosätenas som lärarnas tolkning av dem, har medfört att utbildning valideras med utgångspunkt från mätbara kvalitetsindikatorer där den mer komplexa lärande- och undervisningsprocessen glöms bort (Jessop et al., 2012; Knight, 2001). Studier har visat att antalet summativa bedömningar har ökat medan antalet formativa bedömningar har minskat (Gibbs & Dunbar-Goddet, 2009), vilket fått till påföljd att de summativa bedömningarna tar så mycket fokus, tid och resurser att de formativa bedömningarna inte hinns med (Jessop et al., 2012).

I Malmö högskolas anvisningar för kursplaner nämns inget om formativ bedömning (Malmö högskola, 2013a), vilket medför att eventuella förekomster av detta inte behöver anges i kursplanen, de blir alltså osynliga. Studier visar att formativa bedömningstillfällen oftast är frivilliga och därför endast genomförs av ett litet antal studenter (Jessop et al., 2012). Andra orsaker till obalansen mellan summativ och formativ bedömning, är ökande antal studenter, minskande resurser och hög arbetsbelastning på lärare och studenter (Gibbs & Dunbar-Goddet, 2009). För att säkerställa studenters lärande och uppnå bedömning som stödjer lärande krävs att balansen justeras (Gibbs & Dunbar-Goddet, 2009; Jessop et al., 2012).

Analytisk och holistisk bedömning

Vid bedömning av professionell kompetens krävs färdighet och förmåga att göra kvalitativa bedömningar utifrån en mångfald kriterier (Sadler, 1989). För detta finns huvudsakligen två utgångspunkter i bedömningslitteraturen. De benämns holistisk bedömning respektive analytisk bedömning.

Vid holistisk bedömning görs en helhetsbedömning av prestationen. Helhetsbedömningen genererar direkt ett omdöme/betyg (Sadler, 2009). För att öka likvärdigheten i bedömningen kan beskrivningar av kvaliteter för ett visst omdöme användas. En fördel

med holistisk bedömning är att man undviker den risk för fragmentering som följer med analytisk bedömning (se nedan). En annan viktig fördel är att om studenter introduceras till att bedöma komplexa prestationer holistiskt, så tränas de att känna igen kvalitet när de ser den (Dewey, 1939; Lejk & Wyvill, 2001) vilket gör det möjligt att utveckla det som Sadler (2009) kallar "connoisseurship" vilket innebär att vara kompetent att ge ett kritiskt omdöme baserat på en kvalitativ bedömning. Denna kompetens kan vara av godo under utbildningen och i den framtida yrkesutövningen. Nackdelen med holistisk bedömning – även då beskrivningar av kvaliteter används som underlag för helhetsbedömningen – är att bedömare kommer att fokusera mer eller mindre på olika delar av underlaget/prestationen (Vaughan, 1991) samt att möjligheten att identifiera brister minskar (Noel et al., 1992). Studier har visat att likvärdigheten i bedömning av uppgifter som kräver bedömning utifrån en mångfald av kriterier är låg (Hayes, Hatch, & Silk, 2000). En annan nackdel är att vid holistisk bedömning kan formativ feedback vara svårare att ge (Lejk & Wyvill, 2001).

Vid analytisk bedömning görs bedömning utifrån ett antal, i förväg stipulerade kriterier, vilka vägs och ibland omsätts till siffror (Sadler, 2009). Fördelar med att bryta ner komplexitet till flera, väl avgränsade färdigheter och uppgifter, är att tydlighet och transparens kan öka, att det oftast är enklare att skapa likvärdiga testsituationer med rimliga resurskrav, att interbedömarreliabilitet ökar samt att bedömning oftast är relativt enkel att göra (Stevens & Levi, 2013; Walvoord & Anderson, 2011). Nackdelarna är att det har visat sig att fragmentering främjar enkla minneskunskaper snarare än komplexa kompetenser (Birenbaum & Rosenau, 2006), att integrationen mellan kunskap, färdigheter och förmågor ofta försvinner och att bedömningen inte tar hänsyn till varierande relationer och situationer (Sadler, 2009). Det blir då omöjligt att säkerställa att studenten faktiskt har förmåga att integrera kunskaper och förmågor i relevanta situationer. Metoder och resonemang kring analytisk bedömning har funnits länge, men har huvudsakligen utvecklats under

de senaste 50 åren och används numera frekvent inom högre utbildning (Sadler, 2009). I praktiken bör dessa båda utgångspunkter alterneras och användas tillsammans, i syfte att maximera fördelar och minimera nackdelar med respektive metod (Joughin, 2009b).

Kriterier

Performance criteria are guidelines, rules or principles by which student responses, products, or performances are judged. They describe what to look for in student performances or products to judge quality. (Arter & McTighe, 2000, s. 4)

Kriterier formuleras för att tydliggöra de delar som anses vara viktiga för att bedöma hur väl en uppgift genomförts (Wiggins, 1998). Fastré et al. skiljer på prestationsbaserade och kompetensbaserade bedömningskriterier (Fastré, Van der Klink, & Van Merriënboer, 2010). De menar att kompetensbaserade kriterier är mer holistiskt formulerade än prestationsbaserade kriterier.

Vid användning av prestationsbaserade bedömningskriterier görs en direkt bedömning av observerbara färdigheter och förmågor. Prestationsbaserade bedömningskriterier har visat sig hjälpa studenter att bedöma sin egen prestation och skilja mellan olika prestationskvaliteter, vilket i sin tur medför att de genomför examinationsuppgifter med högre kvalitet (Eva & Regehr, 2005; Fastré et al., 2010). Vid användning av prestationsbaserade kriterier är bedömningen direkt, utan omtolkning från exempelvis en beskrivning av en handling, vilket skapar en högre validitet (Kane et al., 1999).

Kompetensbaserade kriterier används vid bedömning av den kompetens som studenten har, vilken gör att studenten kan prestera på ett visst sätt (Fastré et al., 2010). Grégoire (1997) menar att kompetens i sin helhet inte är direkt observerbar. Vissa färdigheter är direkt observerbara medan andra, såsom självkänsla och andra personliga karaktärsdrag, vilka påverkar prestationen inte är direkt observerbara (Spencer & Spencer, 2008). Det som bedöms är studentens förmåga att utföra en viss uppgift, utifrån observation och uti-

från ett antagande om den bakomliggande kompetensen. Vid kompetensbaserade kriterier sker en omtolkning från observationen till ett antagande om bakomliggande kompetens, vilket kan medföra en lägre validitet (Kane et al., 1999).

I samband med tillämpning av såväl prestations- som kompetensbaserade kriterier är det viktigt att lärare och examinatorer aktivt engagerar sig i ett gemensamt skapande och beslut om relevanta bedömningskriterier (Rust, O'Donovan, & Price, 2005). Studier har visat att inledande diskussioner om syftet med att använda kriterier, diskussioner och gemensam förfining av kriterier samt uppföljande diskussioner efter bedömningen kan medföra att en gemensam förståelse utvecklas och att en mer likvärdig bedömning blir möjlig (Saunders & Davis, 1998).

Även för studenter har studier visat att läraaktiviteter där studenter övar på att tillämpa kriterier när de bedömer exempel på prestationer och därefter diskuterar resultatet med andra studenter och lärare resulterar i signifikant förbättring av studenternas prestationer i likvärdiga situationer (Rust, Price, & O'Donovan, 2003). Studier av kamratbedömnings påverkan har visat liknande resultat (R. Cohen, Boud, & Sampson, 2001; Rust, 2002).

Feedback

Feedback is information about the gap between the actual level and the reference level of a system parameter which is used to alter the gap in some way. (Ramaprasad, 1983, s. 4)

I enlighet med Ramaprasads (1983) definition av feedback, utgörs denna av information om avståndet mellan den aktuella prestationen och en önskvärd prestation, dessutom krävs att den är utformad så att den kan utnyttjas för fortsatt lärande. I delar av litteraturen används begreppet feedback för den information som ges till studenten rörande kvaliteten på dennes prestation i form av rätt/fel, godkänd/underkänd. Denna typ av feedback påverkar inte studentens förståelse och lärande i någon högre grad och kommer inte att ses som feedback i denna uppsats.

Sadler (1989) menar att dagens undervisning och bedömning i högre utbildning resulterar i prestationer/arbeten som inte enbart kan bedömas som rätt eller fel. Feedback i dessa sammanhang förutsätter 1) kunskap om mål eller önskvärd kvalitet, 2) förmåga att göra jämförelser utifrån flera kriterier, 3) förmåga att utveckla strategier för att minska avståndet mellan den bedömda prestationen och den önskvärda kvaliteten samt 4) förmåga att agera för att överbrygga avståndet (Joughin, 2009c; Sadler, 1989). Feedback kan således ses som en relativt komplex process där 1) studentens verkliga prestation bedöms i förhållande till en önskvärd prestation, 2) ett eventuellt avstånd mellan dessa båda identifieras, 3) studenten uppmärksammas på vägar att överbrygga detta avstånd och 4) studenten agerar för att överbrygga avståndet (Joughin, 2009c).

För att kunna bedöma studentens verkliga prestation i förhållande till en önskvärd sådan krävs att den önskvärda prestationen är känd av den som bedömer. För att involvera studenten krävs att denne själv kan stämma av kvaliteten på sitt arbete mot bedömningskriterier och standarder för god kvalitet (Sadler, 1989, 2009). Studenters möjlighet att ta ansvar för sitt lärande förutsätter att de förstår målen för lärandet och har utvecklat förmågan att bedöma sin egen progression mot dessa mål (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006).

I all högre utbildning och särskilt för professionsutbildningar är det centralt att bedömning av prestationer sker i förhållande till de krav som yrkesrollen ställer. Detta har medfört ett ökat intresse för olika typer av praktikliknande bedömning – *performance assessment* eller autentisk bedömning (Jonsson & Svingby, 2007). Black (1998) beskriver *performance assessment* som; ”activities which can be direct models of the reality” (s. 87). Syftet är att bättre spegla praktikens komplexitet och därmed ge mer valida underlag för bedömning av studentens kompetens (Darling-Hammond & Snyder, 2000).

När väl prestationen är bedömd i förhållande till en önskvärd prestation och ett eventuellt avstånd däremellan är identifierat kommer vi till kärnan av feedback – att identifiera och diskutera vägar att

överbrygga detta avstånd. Det som vid en första anblick verkar enklast och mest effektivt är att beskriva för studenten vad denne ska göra för att nå en önskvärd kvalitet på prestationen (Torrance, 2012). Ett sådant förfarande skulle dock vara kontraproduktivt för studentens lärande och även för dennes utvecklande av förmågan att bedöma och kunna ge ett informerat omdöme (Sadler, 1989).

Istället bör den feedback som ges, utgöras av information som hjälper studenterna att granska sin prestation och självkorrigera (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). För att uppnå detta bör feedback relatera till mål, kriterier och kvaliteter för att ytterligare förtydliga dessa. Studenter behöver öva på att tolka feedback och därmed kunna koppla den till bedömningskriterier och kvaliteter hos den uppgift/prestation som feedbacken avser. Det går inte att bara anta att studenter vet vad de ska göra med den givna feedbacken (Sadler, 1998). Det är således centralt att läraren agerar som mellanhand mellan studenten och de kunskaper, färdigheter och förmågor som ska läras (Black & Wiliam, 1998).

Att se feedback som en dialog, snarare än informationsöverföring innebär att studenten ges möjlighet att diskutera feedbacken, vilket i sin tur utvecklar dennes förståelse för kriterier och önskvärda kvaliteter (Laurillard, 2002). Att genomföra dialoger med enskilda studenter kan vara svårt att lösa i dagens situation där studentgrupperna är stora och resurserna begränsade. Gruppdiskussioner och diskussioner i samband med kamratbedömning kan vara vägar att möjliggöra diskussion om feedback och samtidigt stödja och utveckla studentens förmåga att styra sitt lärande och ge informerade omdömen (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006).

Feedback bör också ges i tillräckligt god tid för att studenterna ska kunna använda den för att överbrygga avståndet. Om inte studenten ges möjlighet att använda feedbacken och utveckla sin prestation utifrån den, vet varken studenten eller den som gett feedback om den har haft någon effekt (Boud, 2000). Således är det centralt att se till att feedback ges innan den slutliga inlämningen av uppgiften, alternativt att uppgiften kan omexamineras efter komplettering. Ett annat alternativ kan vara att stödja studenten i att ta med sig

feedback och utforma strategier till kommande uppgifter (Hounsell, 2004).

Hållbar feedback för självreglerat lärande

Nicol och Macfarlane-Dick (2006) har identifierat problem med feedbackprocessen i praktiken och menar att det i alltför stor utsträckning är en lärarangelägenhet. Studenten bör involveras i bedömningsarbetet. Studentens förmåga att bedöma kvaliteten på sitt eget och andras arbete leder till en färdighet att utveckla sin egen förmåga och prestation, vilket är en central förmåga under utbildningen och i den framtida yrkesutövningen (Boud, 2009; Sadler, 2009).

I litteraturen benämns denna förmåga som självreglerat lärande och avser den grad till vilken individen kan reglera hur denne tänker, sin motivation och sitt beteende under lärandeprocessen (Pintrich & Zusho, 2007). Vid självreglerat lärande: använder studenten effektiva strategier för att nå egna mål, hittar en inre motivation, utövar självkontroll, planerar sin tid, förmår identifiera och dra erfarenhet av feedback och orsakssamband samt kan anpassa sina strategier utifrån nya och gamla erfarenheter (Zimmerman, 2002). Att främja självreglerat lärande bör vara centralt inför en kommande yrkesutövning, där livslångt lärande är en förutsättning för en uppdaterad yrkespraktik (Buck & Newton, 2002; Haden et al., 2006).

Bedömning av muntliga prestationer

Bedömning av muntliga prestationer förekommer huvudsakligen i samband med språklärande, muntlig examination och bedömning av muntlig kommunikationsförmåga. Vid muntlig examination, bedöms studentens förmåga att redovisa ett kunskapsinnehåll, studentens förståelse av kunskapsinnehållet, studentens tankeprocesser och studentens förmåga att kommunicera dessa. Joughin (1998) menar att muntlig examination är särskilt lämplig för att bedöma professionell praktik som den kommer till uttryck i studentens kunskap, förståelse och handlingar. Muntlig examination används framförallt

för bedömning och certifiering av medicinsk och klinisk kompetens (Joughin, 1998).

Forskning kring interpersonell kommunikation har producerat en mångfald av mätinstrument, vilka mäter enstaka aspekter av kommunikationen såsom en viss aspekt av personliga kvaliteter (icke-verbal lyhördhet, grad av oro för att kommunicera eller öppenhet) eller en viss aspekt av relationella kvaliteter (tillit, närhet eller självförtroende) (Rubin & Graham, 2009). Att mäta enstaka aspekter av kommunikationen speglar inte den komplexitet som interpersonell kommunikation kräver (Baxter, 1988). Merparten av de befintliga bedömningsinstrumenten utgår från självbedömning ur den ena kommunicerande partens perspektiv. Rubin och Graham (2009) anser att forskningen bör utvecklas för att kunna bedöma kommunikationen ur båda parter perspektiv och ur ett utifrån perspektiv.

Inom medicinområdet finns få standardiserade mätinstrument för kommunikationsförmåga. Däremot finns ett flertal instrument, som utvecklats för en viss grupp och en viss problematik, vilka sällan prövats i mer än en studie (Egbert & Rubin, 2011). Inför denna studie kunde konstateras att det saknas bedömningsinstrument för bedömning av tandläkarstudenters förmåga att dela beslutsfattande med patienter.

Ett av problemen med *performance assessment* och autentisk bedömning av muntlig kommunikationsförmåga är att det kan vara svårt att särskilja den enskilda studentens prestation från övriga kommunicerande parter. Hargie (2011) menar att varje individ för med sig en unik uppsättning kunskaper, motiv, värderingar, attityder, förväntningar och beteenden vilka påverkar bedömningen av individens förmåga att kommunicera. De kommunicerande parterna påverkar och påverkas av varandra samt av den kontext i vilken kommunikationen pågår (Beaulieu, 2004; Li & Li, 2007), vilket även påverkar bedömningen. Därmed kan det uppstå svårigheter att skapa likvärdiga situationer och kontexter – vilket i sin tur kan leda till bristande likvärdighet i bedömningen. Det blir då extra viktigt att konstruera såväl lärande som bedömning på ett sätt som gör att studenten blir kompetent att kommunicera i olika situationer och

kontexter och att studenten har möjlighet att öva och bedömas vid flera tillfällen. Det är också viktigt att de som bedömer förmår kritiskt reflektera över uppgifternas och bedömningarnas innehållsliga säkerhet, allsidighet och mångfald för att öka likvärdigheten (Gerrevall, 2008).

Bedömning av muntliga prestationer medför ytterligare två komplicerande faktorer, att bedömningen ska ske utifrån flera kriterier/perspektiv under en begränsad tid och att underlag för bedömningen ofta saknas (Kurtz et al., 2005), vilket kan medföra svårigheter att jämföra flera prestationer med varandra i efterhand.

I denna licentiatuppsats är fokus på studentens förmåga att kommunicera med patient, där kommunikationen utgår från den beskrivning, analys och kliniska bedömning som studenten gör. Kommunikationen relaterar till en innehållsdimension, vilken avser *vad* som kommuniceras, den kunskap, förståelse och tillämpad problemidentifikation/-lösning som tar sig uttryck i kommunikationen. Den relaterar också till en processdimension, vilken rör *hur* kommunikationen genomförs samt en perceptuell dimension, vilken avser hanterandet av egna och andras tankar och känslor. I uppsatsen görs en ansats att skapa bedömningsinstrument som berör flera aspekter och dimensioner av kommunikationen och som kan användas som underlag för bedömning och feedback utifrån faserna i *tandläkarens samtal*.

Bedömning sammanfattning

Den teoretiska genomgången visar att följande punkter är centrala för bedömning generellt och för bedömning av kommunikationskompetens.

- Bedömning har i huvudsak tre funktioner 1) att ge ett omdöme om studentens prestationer i förhållande till kursens lärandemål – bedömning *av* lärande, 2) att stödja lärandeprocessen – bedömning *för* lärande och 3) att upprätthålla den standard som krävs för den kommande yrkesutövningen.
- Eftersom bedömning styr lärande bör uppgifter och examinationsformer utformas på ett sätt som stimulerar studenten att

lära sig på ett sätt som leder till värdefull, varaktig kompetens och samtidigt gör det möjligt att bedöma studentens prestation i förhållande till lärandemålen krav.

- Bedömning för ett informerat omdöme innefattar att: 1) utvärdera belägg, 2) omdömesgillt värdera situationer och omständigheter, 3) dra välgrundade slutsatser och 4) agera i enlighet med denna analys.
- Feedback är en central del av lärandet och bör därmed utgöras av information som hjälper studenterna att granska sin prestation och självkorrigera. Feedback är en komplex process, vilken omfattar att: 1) studentens verkliga prestation bedöms i förhållande till en önskvärd prestation, 2) ett eventuellt avstånd mellan dessa båda identifieras, 3) studenten uppmärksammas på vägar att överbrygga detta avstånd och 4) studenten agerar för att överbrygga detta avstånd.
- Studenters möjlighet att ta ansvar för sitt lärande förutsätter att de förstår målen för lärandet och har utvecklat förmågan att bedöma sin egen progression mot dessa mål. Utveckling av denna förmåga stöds av att den feedback som studenten får relaterar till mål, kriterier och kvaliteter för att ytterligare förtydliga dessa. Genom att använda självbedömning och kamratbedömning kan kompetensen utvecklas ytterligare.
- Komplexa förmågor – såsom förmåga att kommunicera muntligt – då de kommunicerande parterna påverkar och påverkas av varandra samt av den kontext i vilken kommunikationen pågår medför svårigheter att skapa likvärdiga situationer och kontexter och därmed riskeras bristande likvärdighet i bedömningen. Det blir då extra viktigt att konstruera såväl lärande som bedömning på ett sätt som gör att studenten blir kompetent att kommunicera i olika situationer och kontexter och att studenten har möjlighet att öva och bedömas vid flera tillfällen.

ANALYS AV STYRDOKUMENT

I följande avsnitt redovisas en analys av de styrande dokument som tandläkarutbildningen förhåller sig till. Analysen identifierar de lärandemål som är relevanta för studiens syfte. Analysen är genomförd som en innehållsanalys. Lagar, riktlinjer och lärandemål, vilka är relevanta för tandläkarstudenters utvecklande av kommunikationskompetens med särskilt fokus på patientkommunikation samt delat beslutsfattande, har identifierats och granskats.

Tandläkarutbildning vid Malmö högskola

Tandläkarutbildningar i Sverige är femåriga professionsutbildningar. Efter uppfyllda kursfordringar vid Tandläkarprogrammet vid Malmö högskola uppnår studenten dels en masterexamen i odontologi och dels en tandläkarexamen. Efter examen ansöker studenten om legitimation som tandläkare hos Socialstyrelsen. En sådan legitimation krävs för att kunna utöva yrket och använda titeln tandläkare. Efter examen och erhållen legitimation är studenten redo att arbeta professionellt som tandläkare.

Tandläkarutbildningen vid Malmö högskola genomförs på Odontologiska fakulteten där Problembaserat lärande (PBL) är den rådande pedagogiska modellen. PBL innebär att studierna är baserade på fallstudier och problemlösning. Studenter möter patienter redan i termin 2 och patientkontakten ökar successivt, både i omfattning och komplexitet till terminskurs 10 (Malmö högskola, 2013b) .

Lagar och förordningar

Det finns ett styrande ramverk för tandläkarutbildning i Sverige, vilket består av Tandvårdslagen, Högskolelagen och Högskoleförordningen. En lag som är av betydelse för patienters inflytande är Patientlagen (Socialdepartementet, 2016) den omfattar dock ännu inte tandvård enligt tandvårdslagen. Därutöver finns det ytterligare lagar

som är relevanta för tandläkarstudenter (exempelvis sekretesslagen, patientjournalagen, arkivlagen och personuppgiftslagen) dessa berörs dock inte i denna licentiatuppsats.

Tandvårdslagen

Tandvårdslagen anger att målet med tandvård är ”en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen” (Socialdepartementet, 2017, 2§). Den tredje paragrafen i lagen anger krav för att tandvården ska: vara av god kvalitet, verka förebyggande, vara lätt tillgänglig, främja god kontakt mellan patient och tandvårdspersonal samt tillgodose patienters behov av trygghet i vård och behandling. I det sista kravet anges att tandvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Kraven i lagen utvecklades år 2014 med paragraf 3a där det anges att vård och behandling ska ”så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” och i paragraf 3b vilken specificerar att ”patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds” (Socialdepartementet, 2017).

Socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer för vuxentandvård (Socialstyrelsen, 2011). I kapitel fem behandlas delaktighet och medinflytande med hänvisning till tandvårdslagen se ovan. Riktlinjerna anger att: ”patienten erbjuds den mest effektiva behandlingen och att vården ska vara patientfokuserad, säker, jämlik och ges i rimlig tid” (s. 77). I riktlinjerna berörs också kostnadsfaktorn då vuxentandvård till stor del finansieras av patientavgifter, vilket kan påverka beslutsfattande.

Högskolelagen

Högskolelagen (Utbildningsdepartementet, 2017) anger övergripande mål för utbildning på grundnivå och avancerad nivå. För grundnivå ska studenter visa förmåga att: söka och värdera kunskap på vetenskaplig nivå, göra självständiga och kritiska bedömningar, urskilja och lösa problem, visa beredskap att möta förändringar i arbetslivet och att kunna utbyta kunskaper även med personer utan specialkunskap inom området. Eftersom tandläkarutbildningen har

en examen på avancerad nivå tillkommer mål för avancerad nivå. Dessa inbegriper att: fördjupa färdigheter och förmågor från grundnivån, utveckla studenters förmåga att självständigt integrera och använda kunskaper, kunna hantera komplexa frågeställningar och situationer samt utveckla förutsättningar för yrkesverksamhet som ställer stora krav på självständighet eller för forsknings- och utvecklingsarbete.

Det mål som skulle kunna vara relevant för denna licentiatuppsats är förmåga att utbyta kunskaper även med personer utan specialkunskaper.

Lärandemål i kurser

Bolognaprocessen, ett samarbete mellan 47 europeiska länder om utbildning på högskolenivå, bidrog till högskolereformen 2007 där kraven för olika examina numera anges i form av förväntade studieresultat. Ett begrepp som används mer frekvent än förväntade studieresultat är *lärandemål*. Utifrån de angivna lärandemålen i examensordningen (Högskoleförordningen, 2016, bilaga 2) arbetas lärandemål i kurser fram. Kvalitetssäkring av utbildning på högskolenivå utförs av Universitetskanslersämbetet UKÄ. Utvärdering av utbildningskvalitet har sedan 2010 utgått från utbildningarnas resultat, det vill säga, hur väl utbildningar uppfyller kraven i högskolelagen och de examenskrav som anges i högskoleförordningens bilaga 2. Lärandemål i kurser är således viktiga för att säkerställa progressionen mot målen i examensordningen. I Malmö högskolas beslut om anvisningar för kursplaner står: "Kursplanen ska garantera både studenternas rättssäkerhet och lärarnas pedagogiska handlingsutrymme och är juridiskt bindande för båda parter" (Malmö högskola, 2013a, s. 2).

Examensordning för tandläkarexamen

I högskoleförordningens bilaga 2 Examensordning, anges mål för tandläkarexamen vilka beskriver den kompetens som krävs för att få behörighet som tandläkare (Högskoleförordningen, 2016). Dessa mål är indelade i tre typer: kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt. Den kunskap

som krävs utgörs av: områdets vetenskapliga grund, aktuell forskning, samband mellan vetenskap och beprövad erfarenhet, samhällets betydelse för yrkesutövningen, samband mellan oral hälsa och allmän hälsa, de produkter och material som används, ekonomi och organisation samt relevanta författningar. Den förmåga som stipuleras utgörs av: att självständigt diagnostisera och behandla sjukdomar i tänder och munhåla, att genomföra förebyggande arbete, kunna leda och utveckla tandvårdsarbete, kunna utvärdera odontologisk vård, kunna samarbeta med andra yrkeskategorier inom tandvård och annan vård, kunna kritiskt bedöma och använda relevant information samt att på vetenskaplig grund kunna diskutera fakta, företeelser och frågeställningar inom odontologi. För värderingsförmåga och förhållningssätt anges förmåga att visa självkännedom och empatisk förmåga, kunna göra åtgärdsbedömningar förankrade i vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter, visa ett professionellt förhållningssätt och därmed värna och respektera patientens behov samt kunna fortlöpande utveckla sin kompetens.

I högskoleförordningens fjorton mål för tandläkarexamen nämns *patient* fyra gånger. Tre av dessa avser att göra kompetenta bedömningar av patienters tandvårdsbehov. Det fjärde omnämnandet rör att visa ett professionellt förhållningssätt för att kunna respektera patientens behov. Det professionella förhållningssättet är således nyckeln till att kunna respektera patienters behov.

Lokala mål

Vid Odontologiska fakulteten vid Malmö högskola anges tre kunskapsmål och två mål för värderingsförmåga och förhållningssätt som lokala mål (Malmö högskola, 2013b). Kunskapsmålen avser kunskap om internationell migration och integration, genus och jämställdhet samt hållbar utveckling i ett miljöperspektiv i syfte att kunna tillämpa denna i sin yrkesroll. För förhållningssätt anges att förmåga att visa ambition om hög kvalitet och ett professionellt förhållningssätt, att kunna förhålla sig kritiskt analyserande till egna kunskaper, färdigheter och förhållningssätt samt att vara positiv till

att utveckla kunnande och verksamhet. Patient nämns inte i något av de lokala målen.

Inte i något av examensmålen står det något om att kunna kommunicera med patienter eller att kunna bygga en förtroendefull relation med patienter.

Kurskrav för tandläkarutbildningen

Tandläkarutbildningen vid Malmö högskola byggs upp av 300 högskolepoäng fördelade på 11 kurser. Första terminen läses två kurser medan samtliga nio följande terminer består av en kurs per termin. För att uppnå en tandläkarexamen måste studenten vara godkänd på samtliga kurser. (Malmö högskola, 2013b) För varje kurs finns en godkänd kursplan där bland annat lärandemål för kursen ska anges (Högskoleförordningen, 2016, kap6 15§).

Lärandemål i kurser

Lärandemål för kurser utgör så kallade tröskelmål i Sverige. För att bli godkänd på en kurs måste studenten ha uppnått samtliga för kursen angivna lärandemål. De kurser som ingår i tandläkarutbildningen i Malmö (Malmö högskola, 2013b) anger totalt 506 lärandemål, varav 243 är av typen kunskap och förståelse, 181 av typen färdighet och förmåga och 82 av typen värderingsförmåga och förhållningssätt. Bland dessa mål finns ett antal som berör kommunikation och relation med patient. Dessa kommer här att redovisas i förhållande till de förmågor som identifierats som viktiga när det gäller muntlig kommunikation i allmänhet och delat beslutsfattande i synnerhet.

Lärandemål som rör informationsutbyte

Informationsutbyte avser de bidrag från såväl tandläkare som patient vilka utgör underlag för beslutsfattande (se tabell 1). Kunskapsmål som behandlar kommunikation med patient återfinns i kurser i början av utbildningen.

Tabell 1. Kunskapsmål kring kommunikation med patient

Termin 1	Termin 2	Termin 3	Termin 4
kunskap om grundläggande faktorer som påverkar kommunikation mellan människor samt individers och grupper beteenden	beskriva principer för kommunikation mellan vårdgivare och patient	redogöra för variationer i beteende och attityder hos tandvårdspatienter	identifiera sådana grundläggande faktorer som påverkar mötet mellan tandläkare och patient

Under rubriken färdighet och förmåga finns totalt nio lärandemål i de elva kurserna vilka avser tandläkarens förslag och information. Ett representativt urval redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Färdighetsmål om tandläkarens information

Termin 2	Termin 3	Termin 7	Termin 9
ge information om gingivit och parodontit samt ge munhygieninstruktion till patient	informera patienten om diagnostiska metoders användning och undersökningsfynd med avseende på karies	bedöma och informera om behandlingsmöjligheter och begränsningar vid oralprotetisk rehabilitering och vid TMD både utifrån professionens bedömning och patientens upplevda behov av rehabilitering	sammanställa olika komponenter som ingår i bedömningar och beslut som föregår olika åtgärder i en tandvårdssituation (interventioner) och presentera dessa för patienten på ett förståeligt sätt

Under rubriken värderingsförmåga och förhållningssätt finns ytterligare åtta lärandemål som rör tandläkarens förmåga att informera patienten (se tabell 3). I samtliga kurser från och med termin fyra finns det lärandemål som tydliggör tandläkarstudentens ansvar för att patienten ska erhålla fullständig information. Viss begränsning, alternativt förtydligande av fullständigheten av denna information kan ses i olika kurser. I termin fyra anges "olika behandlingsmöjligheter som står till buds", i kurs sex anges "olika behandlingsmöjligheter som utifrån en helhetssyn av patienten kan vara indicerade, i kurs sju anges "tillgängliga behandlingsmöjligheter med god prognos" och i kurs tio anges "tillgängliga behandlingsmöjligheter".

Tabell 3. Värderingsförmågemål om tandläkarens förmåga att informera

Termin 4	Termin 6	Termin 7	Termin 10
tar ansvar för att patienten får fullständig information om kariessjukdomen och enklare parodontal sjukdom och olika behandlingsmöjligheter som står till buds	ansvarar för att patienten får fullständig information om de olika orala tillstånd som identifieras samt vilka behandlingsmöjligheter som utifrån en helhetssyn av patienten kan vara indicerade	ansvar för att patienten informeras om sitt orala tillstånd och tillgängliga behandlingsmöjligheter med god prognos	ansvarar för att patienten informeras om sitt orala tillstånd och tillgängliga behandlingsmöjligheter

Sammanfattningsvis kan konstateras att det i samtliga kurser från och med termin 2 är viktigt att informera patienten om dennes tandvårdssituation och möjliga behandlingsalternativ.

För att få ett så komplett underlag som möjligt för att ett behandlingsbeslut ska kunna tas, bör även patientens bidrag säkerställas. Lärandemål för att bjuda in patienten att bidra med information finns i betydligt mindre omfattning. Totalt fem sådana kunde identifieras i de elva kurserna. Dessa redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Färdighetsmål kring tandläkarens förmåga att erhålla information från patienten

Termin 2	Termin 3 och 4	Termin 7 och 9
ta upp anamnes...	informera sig om patientens allmänhälsa, psykosociala situation och kostvanor genom samtal med patienten	samla in, dokumentera och analysera information erhållen av patienter...

Lärandemål som rör delat beslutsfattande

Det går inte att identifiera några lärandemål som explicit fokuserar på delat beslutsfattande. Enligt Sandman och Munthe (2010) är delat beslutsfattande karaktäristiskt för patientcentrerad vård vilket i sin tur betraktas som nödvändigt för att uppnå god vårdkvalitet (Mead & Bower, 2000). Två lärandemål kring patientcentrerad vård identifierades.

Tabell 5. Lärandemål kring patientcentrerat förhållningssätt

Termin 2	Termin 6
Värderingsförmåga och förhållningssätt: att han/hon eftersträvar ett patientcentrerat förhållningssätt	Färdighet och förmåga: upprätthålla ett patientcentrerat förhållningssätt i vårdsituationen

Utöver dessa båda mål finns ett lärandemål som berör färdigheten att bemöta krav från patienten.

Tabell 6. Färdighetsmål kring att bemöta patientkrav

Termin 8
bemöta krav och identifiera förväntningar från patienten

Utifrån kursplanen går det inte att identifiera vad som menas med att bemöta krav från patienten.

Slutligen identifieras ett lärandemål som berör färdighet att värdera och hantera patientens upplevda behov.

Tabell 7. Färdighetsmål kring hantering av patientens upplevda behov

Termin 9
värdera och hantera professionens bedömda och patientens upplevda ortodontiska behandlingsbehov vid terapiplanering

Formuleringen tyder på att det är tandläkarstudenten som värderar och hanterar behoven och därefter planerar terapin.

Lärandemål som rör generella kommunikationsfärdigheter

Det går att identifiera ett färdighetsmål som rör att kommunicera med patient, ett lärandemål som handlar om kommunikation med tandtekniker och ett som avser att kunna kommunicera med alla deltagare i tandvårdsteamet där även patienten räknas in.

Tabell 8. Färdighetsmål om kommunikationsfärdigheter

Termin 2	Termin 6	Termin 7
kommunicera med patient	kommunicera med tandteknikern om de olika stegen i framställningsprocesser, design och materialval av protetiska konstruktioner för att uppnå ett optimalt protetiskt behandlingsresultat i det enskilda patientfallet	kommunicera och samarbeta med alla i teamet ingående deltagare (tandsköterska, tandtekniker, tandhygienist, patient)

Av kursplanen för termin 2 går det inte att utläsa huruvida, och i så fall på vilket sätt, förmåga att kommunicera med patienten delas upp i olika typer av färdigheter.

Lärandemål som rör färdighet att skapa relationer

Det finns fyra förhållningssättsmål som behandlar att visa förståelse för patientens önskemål och förväntningar och ett som rör att visa respekt för patienter med långvariga smärtsymtom

Tabell 9. Förhållningssättsmål kring färdighet att skapa relation med patient

Termin 3	Termin 7	Termin 8 & 9	Termin 9
visa förståelse och respekt för patientens önskemål och åsikter	är lyhörd för och förstår patientens önskemål och förväntningar i behandlingssituationen.	är lyhörd för och värderar patientens önskemål och förväntningar i behandlingssituationen	ansvarar för och respekterar patienter med långvariga smärtsymtom.

Ordalydelsen pekar på att det mer rör sig om att tandläkaren ska lyssna, förstå och värdera dessa önskemål snarare än att patienten ska involveras i beslutet. De kan dock knytas till färdigheter för att bygga en relation såsom att visa respekt och empati.

Därutöver finns lärandemål som berör färdigheten att analysera reaktioner i relationen mellan tandläkare och patient.

Tabell 10. Färdighetsmål kring att analysera reaktioner

Termin 2 och 4
i grupp analysera reaktioner i patient-tandläkarrelationen

Tre kunskapsmål och ett färdighetsmål rörande personlighetspsykologiska faktorer kan identifieras.

Tabell 11. Lärandemål rörande personlighetspsykologiska faktorer

Termin 2	Termin 3	Termin 4
ge exempel på hur personlighetspsykologiska faktorer påverkar patientens sjukdomsupplevelse	förklara översiktligt hur personlighetspsykologiska faktorer påverkar patientens sjukdomsupplevelse	ta hänsyn till personlighetspsykologiska faktorer i det kliniska handlandet

Bedömning av prestationer

För nio av de elva kurserna på tandläkarprogrammet anges att "Bedömning sker fortlöpande under hela kursen och en målrelaterad summativ examination sker i slutet av kursen". När det gäller den fortlöpande bedömningen under kursen anges "För att få tillträde till examinationen krävs godkänd aktivitet i basgrupp och seminarier samt godkänt genomförande av färdighetsträning på laboratorium och/eller klinik samt uppfyllande av kursmål avseende värderingsförmåga och förhållningssätt." Av detta kan man sluta sig till att aktiviteten i basgrupper, seminarier, laboratorium och klinik bedöms. Den avslutande målrelaterade summativa examinationen tycks endast avse lärandemål ur gruppen kunskap och förståelse då lärandemålen ur de båda andra grupperna måste vara bedömda som uppnådda för att studenten ska få tillträde till den summativa examinationen. Exakt i vilka moment, och med vilken bedömningsform som kursmålen avseende värderingsförmåga och förhållningssätt bedöms går inte att utläsa av kursplanerna.

I Malmö högskolas anvisningar för kursplaner (Malmö högskola, 2013a) anges att bedömningen av studentens prestationer ska beskrivas på ett sätt som tydliggör kopplingen mellan lärandemål och bedömningsform. Kopplingen mellan lärandemål och examination/summativ bedömning ska således vara tydlig i kursplanen.

Balans formativ och summativ bedömning

Av kursplanerna för tandläkarprogrammet är det inte möjligt att urskilja om det förekommer formativ (icke-examinerande) bedömning. Det finns heller inget stöd i anvisningarna för kursplaner (Malmö högskola, 2013a) för hur formativ (icke-examinerande) bedömning ska hanteras. Under punkt 5.2 Arbetsformer anges att det ska klargöras vilka moment som kräver obligatorisk närvaro, vilket endast får krävas när deltagande är en förutsättning för att lärandemålen ska kunna uppnås. Närvaro kan ju vara en förutsättning för formativ bedömning, men behöver inte vara det.

Sammanfattning – analys styrdokument

Nedan sammanfattas, för licentiatuppsatsen relevanta delar ur styrande dokument:

- I Tandvårdslagen anges att 1) tandvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 2) främja god kontakt mellan patient och tandvårdspersonal, 3) så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och 4) patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds.
- En kompetens som anges i Högskolelagen är att studenten ska kunna utbyta kunskaper även med personer utan specialkunskap inom området.
- I Högskoleförordningens examenskrav för tandläkarexamen anges målet: visa ett professionellt förhållningssätt och därmed värna och respektera patientens behov. Inte i något av examensmålen står det något om att kunna kommunicera med patienter eller att kunna bygga en förtroendefull relation med patienter.
- I kurserna på tandläkarprogrammet vid Malmö högskola sker bedömning fortlöpande under kursen, kompletterat med en summativ examination vid kursslut. Den avslutande examinationen avser lärandemål ur gruppen kunskap/förståelse då lärandemålen ur de båda andra grupperna måste vara bedömda som uppnådda, för att studenten ska få tillträde till examinationen. Information om formativ bedömning anges inte i kursplanerna.

I tabell 12 nedan redovisas relevanta lärandemål ur samtliga kurser inom tandläkarutbildningen vid Malmö högskola i förhållande till de färdigheter/kriterier som identifierats som centrala i kapitlet *Tandläkarens professionella samtal*.

Tabell 12. Sammanställning av lärandemål i tandläkarutbildningen i förhållande till identifierade färdigheter för professionell kommunikation

Informationsutbyte	
Tandläkarstudenten informerar patienten	
Informationen ska omfatta alla relevanta behandlingsalternativ (baserat på vetenskaplig forskning och evidens) inklusive deras risker och sannolikheter för framgång	T9*: sammanställa olika komponenter som ingår i bedömningar och beslut som föregår olika åtgärder i en tandvårdssituation (interventioner) och presentera dessa för patienten på ett förståeligt sätt T10*: ansvarar för att patienten informeras om sitt orala tillstånd och tillgängliga behandlingsmöjligheter
Tandläkarstudenten ska säkerställa att patienten förstått informationen	
Tandläkarstudenten erhåller information från patienten	
Tandläkarstudenten efterfrågar information från patienten för att identifiera dennes kunskaper, förväntningar och önskemål.	T7* och T9*: samla in, dokumentera och analysera information erhållen av patienter...
Informationen diskuteras och beslut fattas	
Tandläkarstudenten kan genomföra och ansvara för en överläggning/förhandling om en plan för genomförande av behandling där båda parter informationsbidrag diskuteras, granskas, jämförs och utvärderas	T8*: bemöta krav och identifiera förväntningar från patienten T9*: värdera och hantera professionens bedömda och patientens upplevda ortodontiska behandlingsbehov vid terapiplanering
Ett beslut om behandling fattas av de båda parterna gemensamt	
Samtalet avslutas genom avstämning av vad som ska ske härnäst.	
Generella kommunikationsfärdigheter	
Informationen ska vara tydlig och aktuell. Facktermer undviks eller förklaras	T7*: kommunicera och samarbeta med alla i teamet ingående deltagare (tandsköterska, tandtekniker, tandhygienist, patient)
Lyssnar och accepterar patientens åsikter. Avbryter inte	
Skapa relationer	

Tandläkarstudenten visar acceptans för patientens perspektiv på problematiken	T8* och T9*: är lyhörd för och värderar patientens önskemål och förväntningar i behandlingssituationen
*I tabellen anges terminen där lärandemålet förekommer med T följt av siffra	

Sammanfattningsvis kan konstateras att det i samtliga kurser från och med termin 2 är viktigt att informera patienten om dennes tandvårdssituation och möjliga behandlingsalternativ. När det gäller att bjuda in patienten att delta i samtalet och beslutet, är lärandemålen färre och det finns inget lärandemål som avser delat beslutsfattande, överläggning, förhandling eller diskussion med patient.

UPPSATSENS INGÅENDE ARTIKLAR

I detta kapitel presenteras kortfattat, väsentliga delar ur de två artiklar vilka utgör grund för att uppfylla licentiatuppsatsens syfte – att bidra med kunskap om och en fördjupad förståelse för undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient. I linje med syftet iscensattes ett undervisningsupplägg, för att stödja utvecklingen av studenternas förmåga att kommunicera med patienter (artikel 1). Vidare designades och utvärderades ett bedömningsinstrument, utifrån väsentliga färdigheter och kriterier, för att ge möjlighet att bedöma studenternas kommunikationsförmåga, såväl formativt som summativt (artikel 2).

Artikel 1 – strukturerande av undervisning

Artikel 1: "I'll Never Forget This": Evaluating a Pilot Workshop in Effective Communication for Dental Students. Artikeln publicerades år 2012 i Journal of Dental Education, årgång 76, nummer 10. Tidskriften är en vetenskapligt granskad publikation som ges ut av American Dental Education Association sedan 1936. Artikeln i sin helhet redovisas i slutet av uppsatsen.

Syftet med den första artikeln var att pröva och utvärdera ett undervisningsupplägg bestående av korta workshops med rollspel med autentiska praktikfall utifrån en struktur för kommunikationsövning. Undervisningsupplägget baserades på tandläkarens vård-samtal, tidigare studier av undervisningsupplägg för kommunikationsundervisning och patientsamtal samt strukturen för kommunikationsövning i kombination med kriterier för effektiv kommunikation.

Forskningsfrågor för artikel 1

1. Hur fungerar systematiken med korta workshops med rollspel i kombination med struktur för kommunikationsövning

och kriterier för effektiv kommunikation, som metod för övning av och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga? (Artikel I)

2. Vilken uppfattning har studenterna om undervisningsupplägget enligt ovan? (Artikel I)

Metod – artikel 1

Artikeln fokuserar på de två sista faserna av tandläkarens samtal – *Beslutsfattande* och *Avslutning* – då förmåga att informera, diskutera och komma överens om behandling dels ställer stora krav på kommunikationsförmåga och dels bedömdes som särskilt komplicerade av lärarna på tandläkarutbildningen.

Två autentiska, typiska exempelfall skapades av två tandläkare verksamma inom tandläkarutbildningen i Malmö. För att kunna träna kommunikationsfärdigheter för de avslutande faserna av vård-samtalet konstruerades fallen för att spegla situationer där tandläkare och patient skulle kunna ha olika åsikter inför behandlingsbeslutet.

Fall 1

Det första fallet som valdes spelades in som en kortare film. I filmen visas en sekvens där en tandläkare just avslutat den kliniska undersökningen av en (för honom) ny patient. Tandläkaren föreslog att inga röntgenbilder skulle tas vid detta besök eftersom han hade tillgång till patientens bilder från föregående år (patientens tidigare tandläkare hade gått i pension under året som gått) och att patienten inte behövde komma till tandläkaren varje år – det skulle räcka med vartannat år. Patienten uttryckte sin stora osäkerhet med detta förslag eftersom hennes tidigare tandläkare hade gjort en annan bedömning (kallat henne till besök varje år och tagit röntgenbilder varje år). Därefter avslutas filmen.

Fallet uppvisar olika dilemman:

- Det finns regelverk för när röntgenbilder bör tas – regelverket måste dock tolkas, vilket kan leda till olika bedömningar.

- Det finns också regler som varnar för överbehandling av patienter. Även dessa regler måste tolkas och kan därmed leda till olika bedömningar.
- Det finns idag en brist på tandläkare i Sverige vilket gör att tandläkarstudenter tränas i att försöka prioritera för att se till att de som behöver tandvård också får möjlighet att besöka en tandläkare. Detta kan betyda att patienter med lägre behov av tandvård besöker sin tandläkare mindre ofta. Patienten behöver dock känna att denne får adekvat omvårdnad.
- Patienten och tandläkaren har ingen tidigare relation, vilket kan försvåra såväl kommunikation som beslutsfattande.

Fall 2

Underlaget till detta fall utgjordes av en röntgenbild som visade *apikal parodontit* vilket betyder att det finns en inflammation i benet runt en nekrotisk och infekterad tandrot. Utöver röntgenbilden beskrivs omständigheterna som att detta är en patient som är på sitt regelbundna besök hos tandläkaren. Hon har inte haft ont i tanden och har inga övriga tandrelaterade besvär. Hon är inte medveten om något problem med sina tänder. Utgångspunkten för fallet är att röntgenbilden tagits utan föregående diskussion om orsak till att ta just en sådan röntgenbild.

Fallets dilemman:

- Den normala behandlingen av apikal parodontit är att göra en rotfyllning. Man kan också behandla tillståndet genom att extrahera (dra ut) tanden. Ett tredje alternativ kan vara att avvakta med behandling.
- Det finns risker med att göra en rotfyllning. Att extrahera tanden kan påverka patientens utseende och förmåga att tugga. Det finns också risker med att inte behandla tillståndet. Evidensen för behandling är dock inte entydig.
- För patienten innebär det en större kostnad att genomgå behandlingen. Patientens intresse för en sådan kostnad kan vara relativt litet när denne inte har några besvär av sin tand.

Struktur för kommunikationsövning

Struktur för kommunikationsövning för tandläkarstudenter togs fram i syfte att dels strukturera studentens lärande och dels bidra med kunskap om kommunikation genom kriterier för effektiv kommunikation. Strukturen baserades på problemlösningsteorier (Bransford & Stein, 1993; Koellner et al., 2007) och kriterier för effektiv kommunikation (se bilaga 1), vilka i sin tur baserades på bedömningsinstrument inom medicinsk utbildning (Humphris & Kaney, 2000; Rider & Keefer, 2006), vilka anpassades till tandläkarutbildningen och valideras genom diskussioner med lärare inom tandläkarutbildningen. (Struktur för kommunikationsövning diskuteras vidare på sidan 109-112.) Kriterierna utgör ett mindre urval av de som formulerades för artikel 2.

Urval av undersökningsobjekt

Eftersom kommunikationsförmåga är komplext och i syfte att kunna identifiera eventuella kvalitetsskillnader i prestation beroende på hur långt studenten kommit i sin utbildning, beslöts att erbjuda studenter i kurs sex (år tre) och i kurs tio (sista terminen) på tandläkarprogrammet. I kurs sex var momentet obligatoriskt medan det i kurs tio var frivilligt (trots frivilligheten deltog 80 % av studenterna från kurs tio). Frivilligheten berodde på att det var svårt att lägga in ytterligare obligatoriska moment så sent i utbildningen. Totalt deltog 48 (av 48) studenter ur kurs sex och 46 (av 60) studenter ur kurs tio.

Deltagandet i forskningsstudien var frivilligt. Samtliga studenter informerades om forskningen och hur deras bidrag skulle komma att användas. Samtycke till att delta gavs via det utvärderingsdokument som delades ut i slutet av workshopen. Informationen och samtycket säkerställer att Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Gustafsson, Hermerén, & Petterson, 2011) följs.

Genomförande av workshop

Studenter på tandläkarutbildningen är indelade i basgrupper i enlighet med tandläkarutbildningens grund i problembaserat lärande.

För varje basgrupp om 6–10 studenter genomfördes en workshop. Vid workshopen deltog två pedagogiska forskare (inte tandläkare), den ena ledde workshopen och dokumenterade den, medan den andra deltog i rollspelet och agerade patient. Dessutom närvarade lärare på tandläkarutbildningen. Deras deltagande begränsades till att tillse att inga innehållsliga/ämnesmässiga felaktigheter fick stå oemotsagda. Workshopens flöde innehöll följande delar:

- Workshopen introducerades av workshopledaren. Syftet, vilket var att dels träna studenternas muntliga kommunikationsförmåga och dels ytterligare utveckla utbildningen genom att pröva en ny typ av undervisningsaktivitet, klargjordes. Studenterna informerades också om att aktiviteten skulle utgöra grund för ett forskningsprojekt. Dessutom fick de veta att momentet inte var examinerande.
- Kriterier för effektiv kommunikation delades ut till deltagarna. Tanken med det var att dels kommunicera de förväntningar som fanns och dels att ge studenterna underlag för att kunna strukturera sitt lärande. Deltagarna ombads läsa igenom och sätta sig in i materialet.
- Filmen med exempelfall 1 visades
- Studenterna ombads att skriftligt, enskilt beskriva situationen – så objektivt som möjligt.
- Filmen med exempelfall 1 visades på nytt
- Studenterna ombads att enskilt analysera situationen ur de båda samtalandes perspektiv och därefter skriva ner förslag på vilka åtgärder som tandläkaren borde vidta.
- Därefter vidtog en rollspelsövning. Den pedagogiska forskare (inte tandläkare) som spelade patient i filmen deltog också vid samtliga workshopstillfällen och kunde fortsätta agera patient i rollspelen vilket gav en mer realistisk övergång från filmen till rollspelet. Samtliga rollspelsövningar videofilmades (det videofilmade materialet används som underlag för artikel 2, för tydligare beskrivning av metoden se avsnitt Datainsamling artikel 2 nedan). En student i taget välkomnades fram för att agera tandläkare – och fortsätta interagera med patienten där filmen

slutade. Studenten kunde därmed pröva sina förslag på hur samtalet borde fortlöpa. Medan en student prövade sin kommunikationsstrategi kunde de övriga i gruppen studera samtalet.

- Efter genomfört samtal gav övriga studenter i basgruppen kommentarer utifrån kriterierna för att identifiera styrkor och svagheter i interaktionen. Diskussioner om alternativ handlingsätt fördes inom studentgruppen.
- Efter varje samtal med åtföljande kommentarer välkomnades en ny student fram för att pröva på. Läraren som agerade patient kunde förändra sitt agerande – i förhållande till hur studenten valde att lägga upp samtalet och därmed kunde studenterna pröva olika strategier.
- När studenterna ansåg att temat för fall 1 var uttömt kunde de i kurs sex föreslå egna teman/dilemman, vilka prövades i rollspelsformatet. Studenterna i kurs tio fick fortsätta workshopen genom att utgå från fall 2 (röntgenbilden).
- Som avslutande del av workshopen uppmanades studenterna att skriftligen reflektera över sina egna styrkor och svagheter i förhållande till kommunikationsfärdigheter och vad som behövde förändras i utbildningen för att åtgärda dessa eventuella svagheter.

Material – artikel 1

Innan workshopen avslutades ombads studenterna att utvärdera den. Ett formulär delades ut med sex frågor av Likert-typ med möjlighet att kommentera samt två öppna frågor. Utvärderingsformulären utgör underlag för artikel 1. Medgivande att delta i forskningsstudien gavs av studenterna via utvärderingsformuläret. Samtliga studenter deltog i utvärderingen och var villiga att delta i forskningsstudien, vilket gav 48 formulär från studenter i kurs sex och 46 formulär från studenter i kurs tio. En av studenterna besvarade enbart de öppna frågorna. Således fanns totalt 93 svar på frågorna med svarsalternativ.

Analys av utvärderingsformulär

Utifrån utvärderingsformulärens sex frågor med svarsalternativ från 1 (lågt) till 5 (høgt) genererades frekvenstabeller. För varje fråga beräknades median och absolut avvikelse. Svaren från studenter i termin sex och i termin tio jämfördes för att identifiera eventuella signifikanta skillnader mellan de två grupperna ($p=0,01$). Kommentarer som gavs till dessa frågor analyserades via en tematisk innehållsanalys och sammanställdes i syfte att ge en fördjupad förståelse för hur studenterna uppfattade undervisningsaktiviteten, dess innehåll och upplägg.

De öppna frågorna ställdes i syfte att få ytterligare underlag för att kunna diskutera undervisningsaktivitetens effektivitet och utveckling. Svaren analyserades via en tematisk innehållsanalys.

Resultat – artikel 1

Syftet med den första artikeln var att pröva och utvärdera ett undervisningsupplägg bestående av korta workshops med rollspel med autentiska praktikfall utifrån en struktur för kommunikationsövning.

Den första forskningsfrågan avsåg hur systematiken med korta workshops med rollspel, i kombination med struktur för kommunikationsövning och kriterier för effektiv kommunikation, som metod för övning av och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga fungerar. Flertalet studenter ansåg att undervisningsaktivitetens systematik fungerade väl och inte behövde förbättras. De ville dock ha denna typ av workshop betydligt oftare och med många olika rollspelsfall och betydligt tidigare i utbildningen. Flertalet studenter ansåg också att kriterierna var användbara, då de förtydligade förväntningarna på prestationen och underlättade reflektion. Kriterierna upplevdes stödja strukturen och flera använde dem som ett stöd för kommunikationen.

Flera studenter svarade att de hade tyckt att det var ett roligt sätt att lära sig och att de ansåg det vara en god idé att använda pedagogisk expertis i samarbete med tandvårdsexpertis.

Den andra forskningsfrågan avsåg studenternas uppfattning om undervisningsupplägget enligt ovan. Flertalet studenter fann att

undervisningsaktiviteten var meningsfull och att fallen var relevanta i förhållande till den framtida yrkesutövningen (över 90 % angav 4 eller 5 i sitt svar). Flertalet studenter kände sig väl förberedda inför uppgiften (över 70 % angav 4 eller 5 i sitt svar). Denna fråga var den enda som uppvisade signifikanta skillnader mellan studenterna i kurs 6 och i kurs 10, då studenterna i kurs 10 kände sig mer förberedda inför uppgiften ($p < 0,01$). Flertalet studenter ansåg att de hade lärt sig något av undervisningsaktiviteten (över 70 % angav 4 eller 5 i sitt svar).

Slutsats – artikel 1

Med utgångspunkt från resultatet av studien kan konstateras att undervisningsupplägget bestående av korta workshops med rollspel med praktikfall utifrån en struktur för kommunikationsövning med kriterier för effektiv kommunikation fungerar som metod för övning och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga. Slutsatsen baseras på studenternas uppfattning om undervisningsaktiviteten och deras reflektion kring sitt lärande. Att studenterna upplever undervisningen som meningsfull är en förutsättning för att involvera och engagera studenterna i sitt lärande. Ytterligare studier för att undersöka i vilken omfattning som lärande faktiskt sker kan rekommenderas.

Artikel 2 – strukturerande av bedömning

Artikel 2: An Instrument to Assess Dental Students' Competence in Shared Decision Making: A Pilot Study. Artikeln publicerades år 2017 i Journal of Dental Education, årgång 81, nummer 12. Tidskriften är en vetenskapligt granskad publikation som ges ut av American Dental Education Association sedan 1936. Artikeln i sin helhet redovisas i slutet av uppsatsen.

Syftet med den andra artikeln var att utforska bedömning av muntlig kommunikationsförmåga i skärningspunkten mellan delat beslutsfattande, kommunikationsförmåga och förmåga att bygga relationer. Målet var att utveckla och utvärdera systematisering av be-

dömning via ett instrument för bedömning av de kommunikationsfärdigheter och relationsfärdigheter som krävs för att en tandläkarstudent ska kunna involvera patienten i beslutsfattandet.

Forskningsfrågor för artikel 2

1. Vad kännetecknar ett bedömningsinstrument för formativ och summativ bedömning av tandläkarstudenters förmåga att dela beslutsfattandet med patienten?
2. Vilken reliabilitet och validitet har det utformade bedömningsinstrumentet?

Metod – artikel 2

En omfattande kartläggning av tidigare forskning och befintliga instrument för att bedöma kommunikativ och relationell kompetens genomfördes. Arton bedömningsinstrument vilka prövats inom tandläkarutbildning alternativt läkarutbildning identifierades (se bilaga 2 och 3). Med utgångspunkt från dessa, tidigare bedömningsinstrument identifierades färdigheter och förmågor relevanta för delat beslutsfattande enligt den teoretiska genomgången. Därefter formulerades indikatorer för bedömning av dessa färdigheter och förmågor. Färdigheterna och förmågorna samt indikatorerna sammanställdes i ett bedömningsinstrument. Två tandläkare/lärare på tandläkarutbildningen granskade instrumentet för att säkerställa innehållet och relevansen för tandläkarutbildningen.

För att pröva instrumentets validitet och reliabilitet användes material från de workshops som genomfördes för artikel 1. Samtliga workshops hade videofilmats. Detta material transkriberades för att undvika att bedömningen påverkades av bedömarnas eventuella tidigare relation till studenterna. Tio av de 29 transkriberingarna valdes slumpmässigt ut för att utgöra underlag för utvärdering av bedömningsinstrumentet. Tre bedömare, vilka alla tre är tandläkare och lärare på tandläkarutbildningen bedömde vart och ett av de tio underlagen och markerade sin värdering i en utskrift av bedömningsinstrumentet. Detta resulterade i tre bedömningar av varje prestation, totalt trettio bedömningar.

I enlighet med teoretiska rekommendationer (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014; Wetzel, 2012) bör testvaliditet granskas utifrån innehållsvaliditet, kriterierelaterad validitet, expertvaliditet och via pilotstudier. Statistiska beräkningar av validitet utfördes för studien. Begreppsvaliditet analyserades med faktoranalys i avsikt att identifiera mönster av samvariation. En beräkning av Cronbachs alfakoefficient genomfördes för att granska homogeniteten för de identifierade komponenterna. Vid bedömning av komplex kompetens via öppna uppgifter kommer alltid en viss grad av subjektivitet att uppstå. Interbedömarreliabilitet är viktig att uppskatta då den kan påverka studiens validitet. Uppskattning av konsensus, det vill säga, grad av överensstämmelse mellan bedömnarna beräknades via procentuell överensstämmelse och Cohens viktade kappas. Bedömnarnas förmåga att göra konsistenta bedömningar utvärderades via beräkning av Spearmans rangkorrelation mellan varje bedömarpar. Dessutom beräknades Cronbachs alfakoefficient för samtliga tre bedömare för varje kriterium.

Resultat för forskningsfråga 1

Den första forskningsfrågan avsåg att identifiera vad som kännetecknar ett bedömningsinstrument för formativ och summativ bedömning av tandläkarstudenters förmåga att dela beslutsfattandet med patienten? Bedömningsinstrumentet Assessment of Shared Decision Making – ASDM konstruerades. Instrumentet utgörs av färdigheter, förmågor och indikatorer relevanta för att bedöma delat beslutsfattande (se tabell 13). Bedömning av relevans baseras på tidigare forskning kring delat beslutsfattande.

Tabell 13. Instrument för bedömning av delat beslutsfattande. (ASDM Assessment of Shared Decision Making)

Skills Criteria	Indicators	1 = inadequate	2 = adequate	3 = good	0 = not applicable
Information exchange					
1 Dentist's suggestions	Signposts available options including evidence of prognosis. Signposts own preference				
2 Patient's contribution	Invites the patient to contribute information, thoughts, ideas, suggestions and preferences				
3 Checking understanding	Uses deliberate techniques to check patient understanding of content.				
Shared decision making					
4 Negotiate treatment plan	Negotiates mutually acceptable plans in partnership with patient				
5 Mutuality/ respect	Creates atmosphere of mutuality/respect through patient participation and involvement in decision-making				
6 Forward planning	Forward planning: What the interviewer will do. What the patient will do. When – time of next communication or appointment				
7 Closure	Closure - Summarises session briefly and clarifies plan of care				
8 Final Check	Asks if the patient has any further questions, concerns, or other issues				
Global communication skills					
9 Language skills	Uses appropriate language and structuring. Content is free of medical terms and jargons				
10 Listening skills – Acknowledging	Acknowledges patients view and information by: Providing verbal encouragement, using short statements and echoing when appropriate				
11 List.skills – Non-interruption	Does not interrupt				
12 Picking up verbal cues	Picks up verbal cues from patient, checks out and acknowledges as appropriate				
Building relationship skills					

13 Use non-verbal communication	Uses appropriate eye contact, posture and facial expressions				
14 Pick up non-verbal cues	Picks up non-verbal cues from patient, checks out and acknowledges as appropriate				
15 Atmosphere	Spends time on social talk.				
16 Respect	Shows respect and avoids speaking in hostile/condescending manner				
17 Empathy	Encourages patient to express feelings				
18 Acceptance	Accepts legitimacy of patient's views and feelings; is not judgemental				
Kriterier och indikatorer är färgmarkerade i enlighet med de tre typerna av kommunikationsfärdighet. Innehållsfärdigheter är blå, processfärdigheter är vita och perceptuella färdigheter är gula.					

Resultat för forskningsfråga 2:

Den andra forskningsfrågan avsåg att utvärdera reliabilitet och validitet för det utformade bedömningsinstrumentet.

Validitet

Innehållsvaliditet och kriterierelaterad validitet säkerställdes av en omfattande genomgång av forskning kring professionella samtal, delat beslutsfattande och bedömning. Dessutom ansåg de tre bedömnarna att instrumentet och dess kriterier och indikatorer var användbara och valida, vilket säkerställer expertvaliditet. Faktoranalysen gav tre faktorer som tillsammans förklarade nästan 70 % av variationen (se tabell 14)

Tabell 14. Faktoranalys

Skills/Criteria	Component loadings		
Component	1	2	3
	Communication	Closure	Perceptual
Information exchange			
1 Content – Dentists suggestions	0,841	0,013	-0,295

2 Content – Patient contribution	0,797	0,009	-0,064
3 Process – Checking understanding	0,602	0,450	-0,281
Shared decision making			
4 Process – Negotiate treatment plan	0,892	0,022	0,083
5 Perceptual – Mutuality/respect	0,897	0,118	-0,269
6 Process – Forward planning	0,584	0,619	0,300
7 Process – Closure	0,567	0,685	0,145
8 Process – Final Check	0,487	0,772	0,096
Global communication skills			
9 Process – Language skills	0,467	-0,689	0,284
10 Process – Listening skills – Acknowledging	0,558	-0,359	-0,096
11 Process – Perceptual – Non-interruption	0,008	0,034	0,781
12 Process – Picking up verbal cues	0,701	-0,059	0,027
Building relationship skills			
15 Process – Atmosphere	0,614	0,205	0,012
16 Perceptual – Respect	0,842	-0,231	0,307
17 Perceptual – Empathy	0,688	0,099	0,369
18 Perceptual – Acceptance	0,592	0,041	0,573

Rotated structure matrix PCA med Quartimax rotation

Den första faktorn, vilken förklarade 46,3 % av variationen, benämndes Kommunikation. Samtliga kriterier utom nummer 11 (att inte avbryta) laddade på faktorn *Kommunikation*, vilket tyder på att samma grundfenomen bedöms. Den andra faktorn, vilken förklarade 13,7 % av variationen benämndes *Avslutning* (closure) eftersom de starkaste laddningarna kommer från kriterier för avslutning av samtalet. Den tredje faktorn, vilken förklarade 7,8 % av variationen, benämndes *Perception* (perceptual) då merparten av laddningarna kommer från kriterier i den perceptuella dimensionen. Beräkningen av Cronbachs alfakoefficient visade att ASDM-instrumentet har en hög grad av intern reliabilitet.

Reliabilitet

Resultat av beräkning av interbedömarreliabilitet och Cronbachs alfa-koefficient tyder på att de tre bedömare har en delad bild av vad varje kriterium mäter (utom för kriterium 11). Resultatet styrker att ASDM-instrumentet ger en tillfredsställande grad av interbedömarreliabilitet, vilken kan ytterligare förstärkas via träning av bedömare och användandet av goda exempel.

Slutsats – artikel 2

Ett instrument för att bedöma delat beslutsfattande inom tandvård har konstruerats – ASDM-instrumentet (Assessment of Shared Decision Making). Instrumentet består av kriterier och indikatorer relevanta för bedömning av delat beslutsfattande. Instrumentet utgör ett valitt mått på delat beslutsfattande och består av tre huvudkomponenter: Kommunikation, Avslut och Perception. Beräkning av interbedömarreliabilitet visade tillfredsställande resultat för alla kriterier utom ett.

Forskningsetiska överväganden

All typ av forskning bör genomföras utifrån forskningsetiska och forskarens principer (Gustafsson et al., 2011). För denna licentiatuppsats utgörs datainsamling av utvärderingsdokument som studenter fyllt i, samt transkriberingar av videofilmade rollspel med studenter på tandläkarutbildningen. Materialet har således skapats av mänskliga deltagare, vilka bör skyddas. Studien faller dock inte under etikprövningslagen (Utbildningsdepartementet, 2015) då inget av grundkraven uppfylls.

I utvärderingsdokumenten angav studenterna huruvida de önskade delta i forskningsprojektet eller inte, samtliga studenter valde att delta. Inför ifyllandet informerades de om forskningen. På detta sätt uppfylldes kravet på informerat samtycke. Studenterna behövde inte ange sitt namn i utvärderingsdokumentet, därmed blir materialet anonymiserat.

I samband med videofilmningen av rollspelen informerades studenterna om att filmerna inte skulle användas för något annat syfte

än för forskningen och att filmerna inte skulle granskas av andra än forskarna. Kommunikationen i filmerna transkriberades för att säkerställa att de tandläkare som testade bedömningsinstrumentet i artikel 2 inte skulle känna igen de deltagande studenterna. På detta sätt behövde inte undersökningspersonernas identitet lämnas ut därmed kan de heller inte skadas.

DISKUSSION

Syftet med denna licentiatuppsats är att bidra med kunskap om och en fördjupad förståelse för undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient. En utgångspunkt för licentiatuppsatsen var att tandläkarstudenter under sin utbildning bör uppnå den kliniska kärnkompetensen att kommunicera effektivt, interaktivt och reflekterande med patienter – oavsett ålder, social bakgrund och kulturell bakgrund. Som kunnat konstateras i kapitlet *Tandläkarens professionella samtal*, utgörs muntlig kommunikation av en komplex situerad social process där personer utbyter information i syfte att generera en delad uppfattning om innebörden av kommunikationen.

I linje med uppsatsens syfte designades, i artikel 1, ett undervisningsupplägg med korta workshops med rollspel rörande autentiska praktikfall i kombination med strukturen för kommunikationsövning och kriterier för effektiv kommunikation, för att stödja utvecklingen av studenternas förmåga att kommunicera med patienter.

De båda forskningsfrågorna var: Hur fungerar systematiken med korta workshops med rollspel i kombination med struktur för kommunikationsövning och kriterier för effektiv kommunikation, som metod för övning av och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga? Vilken uppfattning har studenterna om undervisningsupplägget enligt ovan? Slutsatsen i artikel 1 visar att undervisningsupplägget fungerar som metod för övning och reflektion kring muntlig kommunikationsförmåga och att det var en effektiv undervisningsstrategi för att simulera verkliga situationer och främja studenternas aktiva engagemang i lärandet.

Syftet med artikel 2 var att utforska bedömning av muntlig kommunikationsförmåga i skärningspunkten mellan delat beslutsfattande, kommunikationsförmåga och förmåga att bygga relationer.

Ett instrument för att bedöma delat beslutsfattande inom tandvård – ASDM-instrumentet (Assessment of Shared Decision Making) designades. Bedömningsinstrumentet avsåg att ge möjlighet att bedöma studenternas kommunikationsförmåga såväl formativt som summativt. Den forskningsfråga som avser vad som kännetecknar ett bedömningsinstrument för formativ och summativ bedömning av tandläkarstudenters förmåga att dela beslutsfattandet med patienten, kan besvaras med de kriterier och indikatorer för bedömning av delat beslutsfattande, vilka specificerats i ASDM-instrumentet.

I ASDM-instrumentet förtydligades och särskildes kunskaper, färdigheter och förmågor genom att använda tre dimensioner av kommunikation: innehållsdimension, processdimension och perceptuell dimension. Syftet med att definiera kommunikationsdimensioner var att utvärdera om de kunde bidra till användningen av instrumentet genom att identifiera om någon av dimensionerna visar ett större avstånd mellan studentens prestation och önskvärd prestation. Om så skulle vara fallet kan feedback till studenten bli tydligare, dessutom kan det fortsatta lärandet arrangeras i enlighet med sådana eventuella resultat.

Resultaten i artikel 2 visar att kriterier och indikatorer i den perceptuella dimensionen var svårbedömda, beräkning av såväl konsensus som konsistens i bedömning visade relativt låga värden. Detta kan vara en indikation på ett behov av ett ökat fokus på relationella färdigheter i utbildningen. Uppdelningen i de tre dimensionerna av kommunikation kan således utgöra underlag för feedback till studenter och för eventuell förändring av undervisningen.

Den sista forskningsfrågan var: Vilken reliabilitet och validitet har det utformade bedömningsinstrumentet? Den slutsats som kunde dras i artikel 2 var att ASDM-instrumentet utgör ett valitt mått på delat beslutsfattande och består av tre huvudkomponenter: Kommunikation, Avslut och Perception. Beräkning av interbedömarreliabilitet visade tillfredsställande resultat för alla kriterier utom ett.

Systematisering för en möjlig praktik

Då denna licentiatuppsats har en didaktisk ansats följer här en diskussion kring hur resultat och slutsatser i de båda artiklarna kan användas för att bemöta den problematik som konstaterades i inledningen, nämligen att det i nuläget är osäkert om tandläkarstudenterna uppnår en tillräcklig förmåga att kommunicera effektivt, interaktivt och reflekterande med patienter, då studier visar på följande problem:

- För det första är kommunikationsundervisningens upplägg och bedömningsformer i behov av utveckling (Yoshida et al., 2002).
- För det andra saknas systematik i upplägget av kommunikationsutbildningen (Carey et al., 2010). Att tandläkarstudenters kommunikationsfärdigheter avtar med tiden under utbildningen (Broder & Janal, 2006), är ett symptom på detta.
- För det tredje blir tandläkarstudenters attityd till lärande av kommunikativ och relationell kompetens alltmer negativ under utbildningens gång (McKenzie, 2014).

Kommunikationsundervisning och bedömningsformer

Tidigare studier har visat att varken enstaka korta utbildningsaktiviteter (Cannick et al., 2007) eller en sammanhållen kurs (Hannah et al., 2004) varit tillräckligt för att utveckla tandläkarstudenters kommunikationskompetens. Istället bör undervisningsupplägget vara sådant att lärandet kan praktiseras genom hela utbildningen (Deveugele et al., 2005). De undervisnings- och bedömningsformer som används bör vara sådana att studenterna ges möjlighet att konstruera sin kunskap genom sin egen aktivitet (Biggs & Tang, 2011). Här följer en diskussion om hur upplägget med workshops, rollspel utifrån praktikfall och struktur för kommunikationsövning i kombination med bedömningsinstrument, kan skapa möjlighet att utveckla tandläkarstudenters kommunikationskompetens genom hela utbildningen.

Workshop

Workshops valdes för att möjliggöra aktivt deltagande från studenterna. Undervisningsupplägget med korta workshops bestående av

rollspel med praktikfall visade sig vara en effektiv undervisningsstrategi för att simulera verkliga situationer och främja studenternas aktiva engagemang i lärandet, vilket ligger i linje med tidigare rön inom andra ämnesområden (Billings & Halstead, 2005; Freeman, 2003). Studenter som ser sig själva som aktiva, delaktiga och ansvariga för sitt lärande, utgör en grundförutsättning för att utveckla förmåga att bedöma och ge informerade omdömen (Boud & Falchikov, 2007).

Genom att använda korta workshops där studenter kan utveckla sin kommunikationsförmåga utifrån en eller flera olika fallbeskrivningar blir läraaktiviteten anpassningsbar för olika situationer och i förhållande till de kompetenser som ska tränas. Läraaktiviteten bör heller inte bli alltför kostsam. Vid rollspelen för artikel 1 deltog personal från såväl tandläkarutbildningen som pedagoger. Detta gör aktiviteten dyrare, men flertalet studenter ansåg det vara en god idé att använda pedagogisk expertis i samarbete med tandvårdsexpertis.

Rollspel

Rollspel valdes då metoden har visat sig kunna påverka deltagarnas attityd och samtidigt gynna utvecklandet av kognitiva färdigheter (L. Cohen et al., 2013). Genom att utforma kommunikationsundervisning så att studenter aktivt konstruerar och reflekterar över sin kompetens i meningsfulla, autentiska (O'Donovan, Price, & Rust, 2008) och relevanta situationer och kontexter (Sambell et al., 1997) stimuleras förmåga att ta ansvar för sitt lärande.

Uppgifterna som väljs bör vara autentiska, det vill säga, spegla den professionella yrkesutövningen där det sällan finns ett rätt svar på en uppgift/ett problem (Black, 1998). Genom att använda autentiska uppgifter möjliggörs valida tolkningar om och bedömningar av studentens kompetens i förhållande till den professionella yrkesutövningens kvalitetskrav (Darling-Hammond & Snyder, 2000; Kramer et al., 2009). Vid de workshops som genomfördes för artikel 1 fann flertalet studenter att undervisningsaktiviteten var meningsfull och att fallen var relevanta i förhållande till den framtida yrkes-

utövningen. Att studenterna upplever undervisningen som meningsfull är en viktig förutsättning för att involvera och engagera studenterna i sitt lärande

Rollspel kan också vara en metod för att utveckla ansvarskänsla och självförtroende vid beslutsfattande och problemlösning (L. Cohen et al., 2013), vilket gjorde upplägget särskilt intressant och relevant. Här fordras dock ytterligare studier för att studera upplägets eventuella påverkan på tandläkarstudenters ansvarskänsla och självförtroende. Studenterna upplevde att fallen och undervisningsupplägget var relevanta för och anpassade till deras kommande yrkesutövning och att de kunnat utveckla sin kommunikativa kompetens med utgångspunkt från fallen och kriterierna. Utöver studenternas uppfattning om undervisningsaktiviteten bör ytterligare studier genomföras för att undersöka i vilken omfattning som lärande faktiskt sker. Genom att skapa undervisningsupplägg som efterliknar praktiken och tar hänsyn till komplexiteten i muntlig kommunikation stimuleras djupinläring. Rollspel har också visat sig vara ett bra sätt för deltagarna att integrera och införliva kunskaper, färdigheter och förmågor (Bolton & Heathcote, 1999) vilket är bra för att möta komplexiteten i muntlig kommunikationsförmåga.

Struktur för kommunikationsövning

Den struktur som användes för kommunikationsövningen vid workshopen bestod av fyra steg: identifiera → analysera → kommunicera → reflektera (se figur 4). Strukturen baserades på problemlösningsteorier (Bransford & Stein, 1993; Koellner et al., 2007). Struktur för kommunikationsövning för tandläkarstudenter togs fram i syfte att dels strukturera studentens lärande och dels bidra med kunskap om kommunikation genom kriterier för effektiv kommunikation. Kriterierna för effektiv kommunikation, baserades på bedömningsinstrument inom medicinsk utbildning (Humphris & Kaney, 2000; Rider & Keefer, 2006) och utgör ett urval av de kriterier som identifierades för artikel 2. Kriterierna anpassades till tandläkarutbildningen och validerades genom diskussioner med lärare inom tandläkarutbildningen.

Som underlag för kommunikationsövningen används en fallbeskrivning. En fallbeskrivning kan utgöras av filmer, texter eller bilder. För kommunikationsövning i kliniken utgör det aktuella patientfallet underlag för övningen.

Figur 4. Struktur för kommunikationsövning

Identifiera – I steg ett beskriver studenten situationen i fallet/övningsexemplet, så objektivt som möjligt. Genom att beskriva det som studenten har sett och hört, redovisas det som studenten uppfattat som relevant och hur han/hon har tolkat det som beskrivits. På detta sätt kan tolkningar redovisas och diskuteras i gruppen. Därmed underlättas identifieringen och definitionen av vad som faktiskt är problemet och dess grund. Kommunikationen i steg tre avser en viss patientproblematik, vilken ska adresseras i samtalet. Genom en tydlig problemdefinition säkerställs att analysen utgår från rätt problem och därmed att de lösningar som föreslås är relevanta.

Analysera – I steg två analyserar studenten situationen i det aktuella fallet, ur båda parter perspektiv. Första delen av analysen utgår från fallets tandläkares perspektiv. I denna fas av analysen fokuseras den biopsykosociala dimensionen för patientcentrerad vård (Mead & Bower, 2000) där tandläkarstudenten beaktar medicinska såväl som psykologiska och sociala faktorer. I den andra delen sker analysen ur patientens perspektiv där tandläkaren ska försöka förstå patientens upplevelse av situationen. Förmågan att identifiera, förstå och acceptera patientens perspektiv är central för att kunna skapa en relation med patienten (Silverman et al., 2005). Genom att kunna sätta sig in i patientens perspektiv blir det dessutom lättare för studenten att identifiera vad denne inte vet om patienten och dennes perspektiv, vilket i sin tur kan bidra till ställandet av rätt frågor, när kommunikationen vidtar. När problemet och tillgänglig information i fallbeskrivningen analyserats, ska studenten identifiera eventuella

informationsluckor samt relevanta behandlingsalternativ och deras risker och möjligheter. Först när detta förarbete är gjort vidtar kommunikationen.

Kommunicera – I steg tre vidtar rollspelet där tandläkarstudenten kommunicerar med patienten. Detta steg delas in i fyra undergrupper: att kunna informera patienten på ett adekvat sätt, att kunna ta reda på relevant information från patienten, att kunna nå ett gemensamt beslut och att kunna avsluta samtalet. Som stöd för studentens kommunikation användes kriterier för effektiv kommunikation tillämpliga för fas fem och sex av tandläkarens vårdssamtal. Kriterierna är jämförbara med ett urval ur det instrument som togs fram för artikel 2. Att välja några kriterier att fokusera på rekommenderas (Kurtz et al., 2005; Sadler, 1989) då alltför många kriterier skulle göra det svårt för studenterna att tillämpa dem och öva på att utveckla sin prestation i förhållande till dem.

Reflektera – Avslutningsvis reflekterar studenterna över studentkamraters och egna prestationer samt sina egna styrkor och svagheter. Reflektionen gjordes först omedelbart och gemensamt genom att, direkt efter varje rollspelsövning, i gruppen diskutera den aktuella prestationen i förhållande till mål och kriterier. Detta upplägg avser att underlätta för studenten att såväl ge som att tolka feedback, koppla den till bedömningskriterier (Sadler, 1989), utveckla en förståelse för mål för prestationen, identifiera alternativa lösningar och kvaliteter samt diskutera såväl feedback som åtgärder för självkorrigering. Det är viktigt att feedback ges direkt i anslutning till prestationen (Higgins, Hartley, & Skelton, 2002; Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). Den gemensamma reflektionen genererade feedback om studentens prestation i förhållande till en önskvärd kvalitet på prestationen, vilket är centralt för studenters lärande (Hattie & Timperley, 2007; Shute, 2008). De kriterier som angavs i underlaget för övningen genererade den transparens vilken är nödvändig för att studenter ska kunna involveras i att ge feedback (Nicol, 2010).

Först när studenten använt feedback och utvecklat sin prestation kan konstateras om feedback haft någon effekt (Boud, 2007). Vid workshopen fanns också möjlighet att agera för att sluta avståndet,

vilket i detta fall innebar att pröva att agera på ett annat sätt i kommunikationen för att nå ett annat resultat.

Varje student ombads också att enskilt, i slutet av workshopstillfället, skriftligt reflektera över undervisningsmomentet i förhållande till sig själv och sina egna kommunikationsfärdigheter. Att kunna reflektera över sina färdigheter, identifiera sina styrkor och svagheter och kunna föreslå vägar till utveckling av sin kompetens är centralt för att kunna ta ansvar för sitt lärande (se exempelvis Dewey, 1997; Rodgers, 2002). Genom att reflektera över färdigheter i förhållande till en önskvärd nivå, identifiera styrkor och svagheter och därefter föreslå vägar för att sluta avståndet, tränas förmågan att ge ett informerat omdöme.

Flertalet studenter ansåg att strukturen på undervisningsaktiviteten fungerade väl och inte behövde förbättras. De ville dock ha denna typ av workshop betydligt oftare och med många olika rollspelsfall och betydligt tidigare i utbildningen. Strukturen för effektiv kommunikation bör kunna användas även vid kommunikation i kliniken, detta bör dock såväl förankras hos tandläkarutbildare som prövas.

Genom att tillämpa struktur för kommunikationsövning involveras studenten i bedömningsarbetet. Studentens förmåga att bedöma och diskutera kvaliteten på sitt eget och andras arbete leder till en färdighet att utveckla sin egen förmåga och prestation (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006), vilket är en central förmåga under utbildningen och i den framtida yrkesutövningen.

Bedömningsformer

Bedömningsformer bör väljas så att det är möjligt att bedöma studentens kompetens att agera i praktiska situationer (Fastré et al., 2010). Vid performance assessment är bedömningen direkt, utan omtolkning från till exempel, beskrivning av en handling, vilket skapar en högre validitet (Kane et al., 1999). Det upplägg med workshops, rollspel med autentiska praktikfall och struktur för

kommunikationsövning, som prövats i denna studie skapar möjlighet att göra en direkt bedömning av studenters prestation såväl formativt som summativt.

Vid performance assessment med autentiska uppgifter bör kriterier, indikatorer och kvalitetsnivåer formuleras (Fastré et al., 2010). För artikel 2 skapades ASDM-instrumentet. Instrumentet består av kriterier och indikatorer relevanta för bedömning av delat beslutsfattande. Vid rollspelen ansåg flertalet studenter att kriterierna var användbara, då de förtydligade förväntningarna på prestationen och underlättade reflektion. Kriterierna upplevdes stödja strukturen och flera studenter använde dem som ett stöd för kommunikationen.

Kriterier och indikatorer syftar dels till att göra bedömning mer transparent och dels kan de utgöra underlag för feedback (Otter, 1995). Transparensen främjar såväl likvärdighet i bedömning som involverandet av studenter i bedömning.

För att kunna bedöma kvalitet på divergenta öppna uppgifter krävs erfarenhet av att göra kvalitativa bedömningar med utgångspunkt från flera kriterier (Sadler, 2009). Uttalade och definierade kriterier och indikatorer gör det möjligt att diskutera dem i förhållande till varandra och i förhållande till helheten av prestationen. Genom att diskutera kriterier och indikatorer mellan lärare, med studenter och mellan studenter kan förmågan att göra bedömningar utifrån flera kriterier tränas, på samma sätt som andra typer av förmågor (Sadler, 2009). Dessutom kan diskussionerna leda till att kriterier, indikatorer, kvalitetsnivåer och bedömning utvecklas och förtydligas.

Studenter som involveras i bedömning kan få en förståelse för de mål mot vilka prestationen ska jämföras och bedömas (Fastré et al., 2010). Därigenom påverkas studentens känsla av ägarskap och autonomi vilket i sin tur påverkar engagemanget positivt (McDowell, 2012). Genom att involvera studenter i bedömning påverkas lärandet positivt, vilket i sin tur kan förvandla bedömning från något ”nödvändigt ont” till en positiv kraft för lärande (McDowell, 2012).

Genom att studenter bedömer prestationer i förhållande till kriterier och indikatorer och dessa sedan diskuteras med andra studenter och med lärare, kan deras utveckling av förmåga att bedöma och ge omdömen stödjas (Ecclestone, 2007). På detta sätt kan studenten involveras i såväl den akademiska gemenskapen som den kommande yrkespraktiken (O'Donovan et al., 2008).

Systematik i kommunikationsundervisning och bedömning

Muntlig kommunikation utgörs av en komplex situerad social process där personer utbyter information i syfte att generera en delad uppfattning om innebörden av kommunikationen. I följande avsnitt diskuteras hur en systematik som svarar mot komplexiteten i muntlig kommunikation skulle kunna se ut. Komplexiteten utgörs av flera faktorer. För det första är sändande och mottagande av information inte en linjär process. Det som sägs och det som uppfattas skiljer sig oftast åt. I en medierande process organiseras den uppfattade informationen, tolkas, jämförs och utvärderas i förhållande till individens interna tankar, känslor och referensramar samt dennes mål med samtalet. Oftast besitter dessutom den ena parten (tandläkaren) expertkunskap som inte enkelt kan förstås av patienten. För det andra förväntas studenten kunna integrera kunskaper, färdigheter och förmågor, relevanta för muntlig kommunikation och medvetet kunna tillämpa dessa för att hantera relevanta uppgifter, relationer och situationer. För det tredje påverkar såväl relationen mellan de kommunicerande parterna, som situationen och kontexten både kommunikationen och parternas förståelse av den. Sammanfattningsvis kan konstateras att kommunikativ förmåga är komplex, mångfacetterad och kontextberoende, vilket gör den svårbedömd.

Utveckling av bedömningsinstrument för hela tandvårdssamtalet

Theaker et al. identifierade via en processanalys av tandläkares samtal med patient att samtalen har en specifik struktur – tandvårdssamtalet (Theaker et al., 2000). Tandvårdssamtalet består av sex faser: 1) introduktion, 2) identifiering av orsak till besök, 3) insamling

av relevant information, 4) klinisk undersökning, 5) gemensamt beslut om behandling och 6) avslutning av samtalet. Tandvårdssamtals struktur kan påverkas av om det gäller nybesök eller akutbesök alternativt ett återbesök eller en regelbunden kontroll. Därför anges två olika alternativ för fas 2 i bedömningsinstrumentet nedan.

För artikel 2 identifierades kriterier och indikatorer för fas 5 och 6. Utöver kriterier för respektive fas identifierades globala kommunikationsfärdigheter och färdigheter för att skapa och bibehålla relationen med patienten. Genom att utgå från tandvårdssamtals struktur och identifiera kriterier och indikatorer relevanta för övriga faser kan en grund för systematik skapas. Med utgångspunkt från de instrument (se bilaga 2) som användes för skapandet av ASDM-instrumentet i artikel 2 och resultatet av artikel 2, identifierades och definierades kriterier och indikatorer för samtliga delar av tandläkarens samtal med patient. Sammanställningen resulterade i Dental-Patient Communication Skills Instrument, DPCSI-instrumentet, se tabell 15. Genom att identifiera de kriterier som är relevanta för olika delar av tandvårdssamtalet kan komplexiteten vid undervisning och bedömning hanteras.

Vid undervisning och bedömning är det inte meningsfullt att fokusera på alla kriterier och indikatorer samtidigt och från början, då det som bedömare är svårt att hinna ta hänsyn till och använda alla kriterier samtidigt och som bedömd är det svårt att tillgodogöra sig feedback för samtliga kriterier och kunna relatera det till sin prestation. Denna problematik blir särskilt tydlig vid bedömning av muntliga prestationer, där underlaget för bedömning försvinner efter bedömningstillfället. Om det finns önskemål att dokumentera den muntliga kommunikationen kan ljud- eller videoinspelning göras. Då kan det inspelade materialet utgöra underlag för såväl bedömning som feedback.

Tabell 15. Dental-Patient Communication Skills Instrument DPCSI

Skill/Criteria	Indicator
1. Introductions	
•Prepared	Is prepared. Have read patient-notes
•Greeting	Greets patient. Introduction
•Appearance	Shows a professional appearance
2. [A] New or emergency visit: Determining problem / reason for visit	
•Identify problem	Ensures that all relevant information is given
•Identify problem	Identifies problem by eliciting info. from patient
•Questioning skills	Questioning skills – full information of patient's problem
•Understanding problem	Shows understanding and respect for patient's problem
2. [B] Return or regular visit: Explain what will happen during visit	
•Give information	Ensures that all relevant information is given
•Give information	Explains what will happen during visit
•Questioning skills	Determines/explores: patient's ideas, concerns, expectations & effects of problem
•Understanding problem	Shows understanding and respect for patient's problem
3. Take medical history	
•Questioning skills	Ensures that all relevant information is given
•Questioning skills	Extracts all relevant information.
•Structuring skills	Obtains information in systematic progression
•Interested	Shows interest and listens.
•Sensitive	Sensitive to personal questions.
4. Conduct examination/Treatment session	
•Information sharing	Suggests professional actions to be taken
•Information sharing	Explains. Checks patient's understanding
•Structuring skills	Presents information in a logical order.
•Flexibility	Able to reorganize upon information
•Patient comfort	Communicates around patient comfort
•Reassuring	Acts reassuring
•Patient dignity	Ensures patient dignity
5. Decision making	
Information exchange	
•Dentist's suggestions	Signposts available options including evidence of prognosis. Signposts own preference
•Patient contribution	Invites the patient to contribute information, thoughts, ideas, suggestions and preferences
•Understanding	Ensures patient understanding.
Shared decision making	
•Negotiate treatment plan	Negotiates mutually acceptable plans with patient
•Identify trade-offs	Identifies trade-offs

Skill/Criteria	Indicator
6. Closing the session	
• Forward planning	What the interviewer will do. What the patient will do. When – communication/appointment
• Closure	Summarises session briefly and clarifies plan of care
• Final Check	Asks if patient has any questions, concerns, or issues
7. Global communication skills	
• Language skills	Appropriate language free of medical terms and jargons
• List. skills – Acknowledging	Acknowledges patients view and information
• List- skills – Non-interrupt	Does not interrupt
• Picking up verbal cues	Picks up verbal cues from patient, checks, acknowledges
8. Building relationship skills	
• Non-verbal communication	Makes eye-contact with patient. Uses appropriate body-language. Talks with appropriate volume, pitch,
• Picking up non-verbal cues	Picks up non-verbal cues from patient, checks out and acknowledges as appropriate
• Atmosphere	Spends time on social talk.
• Respect	Shows respect. Avoids hostile/condescending manner
• Empathy	Encourages patient to express feelings
• Acceptance	Accepts legitimacy of patient's views and feelings, not judgemental

Kriterier och indikatorer är färgmarkerade i enlighet med de tre typerna av kommunikationsfärdighet. Innehållsfärdigheter är blå, processfärdigheter är vita och perceptuella färdigheter är gula.

I detta fall – då avsikten är att undervisning i muntlig kommunikationsförmåga ska praktiseras genom hela utbildningen – kan DPCSI-instrumentets kriterier och indikatorer användas som utgångspunkt för att systematiskt planera undervisningen och säkerställa progression mot de krav som yrkesrollen ställer. Med utgångspunkt från DPCSI-instrumentet fördelas kriterier och indikatorer i förhållande till de olika kurserna i tandläkarutbildningen. I varje kurs säkerställs att ett rimligt antal kriterier tränas och bedöms. Genom att fokusera på några kriterier och indikatorer åt gången säkerställs att undervisning och bedömning sker utifrån principerna för informerat omdöme: en utvärdering av belägg, en omdömesgill värdering av situationen och omständigheterna, välgrundade slutsatser

dras och analysen leder till en reflekterad handling. Med utgångspunkt från DPCSI-instrumentet och strukturen för effektiv kommunikation kan korta workshops med rollspel utifrån autentiska praktikfall planeras in genom hela tandläkarutbildningen.

Progression

Studier genomförda av Broder och Janal (2006) visar att studenternas kommunikationsfärdigheter avtar med tiden, under utbildningen. Den workshop-serie som genomfördes för artikel 1 avsåg studenter i kurs 6 (år 3) och kurs 10 (år 5) på tandläkarutbildningen. En jämförelse av de båda gruppernas resultat gav bifyndet att studenterna i kurs 6 bedömdes högre för samtliga kriterier utom kriterium 9 "Language skills" – innehållet är fritt från medicinska facktermer och jargong – där studenterna i kurs 10 bedömdes undvika facktermer i högre grad.⁴ Resultatet tyder på att, även vid den studerade tandläkarutbildningen avtar kommunikationskompetensen över tid under utbildningen.

För att säkerställa att tandläkarstudenters kommunikativa och relationella kompetens inte minskar, utan ökar under utbildningen förs här en diskussion, utifrån Hardens (2007) modell för progression för lärandemål. Harden identifierar fyra utgångspunkter för att säkerställa och kontrollera progression: ökad bredd, ökad svårighetsgrad, ökad praktisk tillämpning och ökad skicklighet.

Ökad bredd

Ökad bredd kan avse att tillämpa och utveckla sin kompetens i nya kontexter (Harden, 2007). Inom tandläkarutbildningen skulle ökad bredd kunna innebära övning av kommunikation med flera olika patienter och att kommunicera utifrån olika typer av besvär. Ett av resultaten i artikel 1 var att studenterna ville ha denna typ av workshop betydligt oftare och med många olika rollspelsfall och betydligt

⁴ De studenter som deltog när de gick i kurs 6 deltog i ytterligare en workshop när de gick i kurs 10. Vid jämförelse av de båda kohorternas resultat för kurs 10 kunde ingen skillnad detekteras.

tidigare i utbildningen. Genom att systematiskt planera in kommunikationsövningar under utbildningens gång kan innehållslig säkerhet, allsidighet och mångfald säkerställas, vilket är viktigt för att öka likvärdigheten (Gerrevall, 2008).

Ökad svårighetsgrad

Ökad svårighet kan avse mer komplexa problem, färre eller mer otydliga symptom (Harden, 2007). Inom tandläkarutbildningen skulle ökad svårighetsgrad kunna innebära att kommunicera med patienter som har flera typer av besvär, en mer komplex problembild, alternativt fall där problematiken inte är så tydlig. Det skulle också kunna innebära att kommunicera med oroliga eller tandvårdsrädda patienter. Ökad svårighetsgrad kan också vara förmåga att integrera kunskaper färdigheter och förmågor, med utgångspunkt från de tre dimensionerna av kommunikation: innehållsdimension, processdimension och perceptuell dimension, vilka användes i artikel 2.

Ökad tillämpning

Ökad tillämpning kan vara att gå från teori till praktik, att gå från mer allmänna kontexter till mer specifika sådana (Harden, 2007). Här kan dras paralleller till Joughin (1998), som menar att ju högre grad av interaktion, autenticitet och öppenhet i struktur, desto mer efterliknas bedömning av professionell praktik och desto större variation i möjliga svar och lösningar och desto mer komplex bedömning. För tandläkarutbildningen kan rollspelens autenticitet ökas under utbildningens gång. Tidigt i utbildningen kan kommunikationsövningar ligga nära teorier om professionell kommunikation och avse mer generell kommunikation. Senare i utbildningen kan autenticiteten öka med alltmer öppna kommunikationsövningar.

En annan dimension av tillämpning kan innebära förmåga att bedöma egna och andras prestationer samt ge informerade omdömen.

Ökad skicklighet

Ökad skicklighet (proficiency) i prestationen kan avse ökad självständighet, färre fel, högre kvalitet, färre onödiga eller irrelevanta handlingar eller kortare tid för att nå resultat (Harden, 2007). För

tandläkarstudenter skulle ökad skicklighet kunna innebära förmåga att agera allt mer självständigt under utbildningens gång. Det kan också innebära att kunna kommunicera effektivare, genom att bli bättre på att informera så att patienten förstår, lyssna på patienten och kunna skapa en gemensam förståelse för kommunikationens innehåll. Vem som bedömer kan också varieras genom utbildningen. Då kan ökad skicklighet innebära förmågan att ge ett informerat omdöme och resonera kring hur prestationen kan utvecklas.

Ökad betydelse

Med tanke på den obalans i formativ och summativ bedömning som råder, kan man fundera på att lägga till en utgångspunkt för progression – Ökad betydelse. För tandläkarstudenter skulle det kunna innebära att tidigt i utbildningen kan rollspelen ske i en mer skyddad miljö – där studenter spelar de olika rollerna och där bedömning som sker är formativ, det vill säga att studenten inte riskerar något i bedömningssituationen och att syftet är att ge feedback med möjlighet att använda denna för att utveckla sin prestation. Senare i utbildningen kan standardiserade patienter⁵ användas för summativ bedömning och ytterligare senare i utbildningen kan rollspelet övergå i verkliga situationer i kliniken.

Struktur för progression

En samlad redovisning av kriterier och indikatorer för tandläkares samtal med patienter bör kunna utgöra utgångspunkt för ett systematiskt upplägg över hela utbildningsprogrammet. Genom att utgå från DPCSI-instrumentet och fördela kriterier och indikatorer i kurserna i tandläkarprogrammet, kan säkerställas att samtliga tränas och bedöms under utbildningen. Kriterier och indikatorer kan gärna

⁵ En standardiserad patient är en benämning på personer (skådespelare eller lekmän) som är lärda att simulera en viss patientroll. Det kan också vara patienter som utbildats för att presentera en standardiserad bild av sin sjukdom. *Standardiserad* innebär att personen uppger samma information och status till alla studenter. (Ponzer & Hylin, 2004)

återkomma i olika delar av utbildningen för att tydliggöra och säkerställa progression. Utöver kriterier kan också goda exempel tas fram i syfte att ytterligare förtydliga önskvärda kvalitetsnivåer under olika delar av utbildningen.

DPCSI-instrumentet och undervisningsupplägget med workshops, rollspel med autentiska praktikfall (alternativt praktikfall i kliniken) och struktur för kommunikationsövning kan kompletteras med ett strategiskt resonemang med utgångspunkt från Hardens modell (Harden, 2007) för att säkerställa progression och systematik i undervisningens upplägg och genomförande.

Attityd

Studier har visat att tandläkarstudenters attityd till lärande av kommunikativ och relationell kompetens blir alltmer negativ utefter utbildningens gång, vilket kan orsakas av socialisering in i tandläkarprofessionen där fokus på tekniska färdigheter är stort och där kommunikationsfärdigheter inte är prioriterat, alternativt inte upplevs som prioriterat av studenterna (McKenzie, 2014). För att förändra studenternas syn på värdet av kommunikationskompetens är det viktigt att uppnå en större förståelse och ett bredare stöd för kommunikationsträning inom tandläkarutbildningen (Hannah et al., 2004). Således rekommenderas en bred förankring av undervisning i kommunikationskompetens i tandläkarutbildningen.

För det första bör all personal involverad i tandläkarutbildningen diskutera orsakerna till att det är viktigt att tandläkarstudenter utvecklar en god kommunikativ och relationell kompetens, att den viktigaste faktorn för att uppnå patientnöjdhet är en god relation mellan patient och vårdgivare, vilket inkluderar förmågan att kommunicera med patienten (Crow et al., 2002). Förmåga att kommunicera och skapa en relation med patienten är nödvändig för klinisk praktik inom tandvård (Hannah et al., 2004) och en förutsättning för kvalitativ patientcentrerad vård (Maguire & Pitceathly, 2002; Silverman et al., 2005). God kommunikationskompetens ger förbättrade vårdresultat (Carey et al., 2010; Hagihara & Tarumi, 2006; Street et al., 2009), ökar patientens villighet att följa råd och

behandling (Hurst et al., 2004) samt minskar patientens oro (Hottel & Hardigan, 2005). När värdet av kommunikativ och relationell kompetens är säkerställt bland alla involverade i utbildning inom fakulteten, kan arbetet med att implementera den ovan rekommenderade systematiken vidta.

Bidrag till forskningen

Denna licentiatuppsats bidrar med ett förslag till ett systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient. Det systematiska upplägget baseras på fem delar:

- Struktur för kommunikationsövning: identifiera, analysera, kommunicera och reflektera
- Bedömning som stödjer utvecklandet av förmåga att ge informerade omdömen
- DPCSI-instrumentet, vilket utgör en sammanställning av kriterier och indikatorer för tandvårdssamtalet
- Struktur för progression, baserat på DPCSI-instrumentet och resonemang utifrån Hardens (2007) modell för progression för lärandemål
- Bred förankring av undervisning i kommunikationskompetens i tandläkarutbildningen

Framtida forskning

Förslag till framtida forskning med utgångspunkt från denna licentiatuppsats kan huvudsakligen utgöras av tre alternativa linjer. Den första innebär fördjupande studier av struktur för kommunikationsövning i kombination med något eller båda instrumenten som tagits fram för denna uppsats (DPCSI, ASDM). I samband med denna typ av studie bör kvalitetsnivåer för indikatorerna definieras. Vid fortsatta studier kan man tänka sig att pröva med flera olika typer av fall och med större studentgrupper för att erhålla ett bredare underlag, för att kunna säkerställa uppläggets värde. Det vore också intressant att genomföra insamling av data för att säkerställa lärandet utöver studenternas egen uppfattning.

Det andra alternativet är att studera och utvärdera införandet av systematiken för ett helt utbildningsprogram. I detta fall vore det intressant att studera såväl personalens som studenters syn på systematiken och de förändringar införandet av denna medför.

Ett tredje alternativ är att utvärdera den föreslagna systematiken i andra typer av professionsutbildningar. Många professionella samtal inom andra yrkesområden har liknande strukturer vilka kan användas som utgångspunkt.

Implementering i praktiken

Ett införande av ett systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient skulle innebära följande:

För det första bör all personal involverad i tandläkarutbildningen diskutera orsakerna till att det är viktigt att tandläkarstudenter utvecklar en god kommunikativ och relationell kompetens, att den viktigaste faktorn för att uppnå patientnöjdhet är en god relation mellan patient och vårdgivare, vilket inkluderar förmågan att kommunicera med patienten (Crow et al., 2002; Sbaraini et al., 2012).

När det finns ett brett stöd för vikten av kommunikativ och relationell kompetens kan ett strategiskt resonemang utifrån DPCSI-instrumentet och strukturen för progression föras för att säkerställa progression och systematik i undervisningens upplägg och genomförande. Med utgångspunkt från systematiken kan lärandemål uppdateras och utvecklas, vilka formuleras för att säkerställa progressionen under utbildningens gång. Därefter kan arbete med kommunikationsundervisning med utgångspunkt från struktur för kommunikationsövning och bedömningsplanering vidtas.

Införandet skulle innebära ett större förändringsarbete vilket torde påverka hela tandläkarutbildningen och alla som är involverade i den, således är den breda förankringen ett viktigt steg för att lyckas.

Hinder för implementering

Det räcker dock inte att veta vad som ska läras, teoretisk och praktisk undervisning måste samordnas. Studier har visat att lärare i kliniken inte alltid har förmåga att varken utgöra föredöme eller kunna kritiskt diskutera kommunikativ förmåga (Gorter & Eijkman, 1997).

För att säkerställa att tillräcklig kompetens om pedagogik kring lärande av kommunikationskompetens finns kan kurser i kommunikativ förmåga ges till all personal (Gorter & Eijkman, 1997), alternativt till ett urval av personer, vilka kan underlätta spridandet internt (Draper, Silverman, Hibble, Berrington, & Kurtz, 2002). Ett tredje alternativ är att involvera pedagogisk kommunikativ expertis, vilket gjordes i artikel 1. Det tredje alternativet kan vara av fördel då utomstående kompetens kan minska risken för att cementera befintliga mönster för kommunikation i yrkesrollen som tandläkare.

ENGLISH SUMMARY

This licentiate thesis studies higher education in the intersection of professional competence and pedagogy in higher education. The focus is on knowledge and reflective understanding of teaching and assessment of dental students' capability to communicate orally with patients.

Dentists' capability to communicate orally with patients is considered a clinical core competence (Manogue et al., 2001). The Association for Dental Education in Europe have defined seven domains crucial for professional practice. One of these domains is: Interpersonal communication and social skills (Cowpe et al., 2010). Within this domain, the following skills have been identified: establishing a patient–dentist relationship that allows the effective delivery of dental treatment, identifying patient expectations, desires and attitudes, sharing information and professional knowledge with the patient and being able to negotiate.

Communicative capability is essential as it is a requisite for efficient clinical practice in dentistry (Hannah et al., 2004). Good communication leads to improved results of care (Carey et al., 2010; Hagihara & Tarumi, 2006; Street et al., 2009), increased patient satisfaction (Hurst et al., 2004), as well as reduced patient anxiety (Hottel & Hardigan, 2005).

Although there are guidelines as well as many good reasons for developing dental students' communicative competence, a need for a more systematic approach to teaching and assessing these skills has been identified (Carey et al., 2010). In addition, the teaching activities and assessment forms have been found to be in need of further development (Yoshida et al., 2002).

McKenzie (2014) studied dental students' attitudes to learning communication skills and found that their attitude was more positive at the beginning than at the end of the educational programme, which is consistent with previous studies of medical students' attitude (Cleland et al., 2005). McKenzie (2014) discusses that it may be due to socialization into the dental profession where focus is mainly on technical skills and where communication skills are not a priority, or not perceived as a priority by the students. It is important to remember that dental students are responsible, in some schools from a very early stage in their education, and always from the third year onwards, for the provision of invasive, irrevocable treatment of patients in their care (General Dental Council, 1997). This could affect the perception of the importance of technical skills. Hannah et al. (2004) suggest that it is important to obtain a wider support of communication skills training within dental faculties in order to promote a positive attitude to communication from dental students. Broder and Janal (2006) found that the dental students' communicative competence declines during the education and that these skills are not satisfactorily reinforced and focused in order to maintain a high level of quality.

Thus, it can be concluded that teaching communication should be carried out in a way that 1) enables communication to be practiced throughout the entire education and 2) creates a more positive attitude to the importance of communicational skills among the students as well as the teaching staff.

Aim

The aim of this licentiate thesis is to make a contribution of knowledge and reflective understanding of teaching and assessment of dental students' capability to communicate orally with patients. The following research questions were posed:

- How does the methodology consisting of: short workshops with role-plays in combination with the *Structure for training communication skills* and the *Criteria for efficient communication*

work as a means to practice and reflect on communicative competence?

- What is the students' experience of the above-mentioned methodology?
- What characterizes an assessment instrument for formative and summative assessment of dental students' capability to share decision-making with the patient?
- What is the reliability and validity of the assessment instrument?

This thesis has a didactic approach, as it relates to the study of *what* should be taught and assessed, as well as *how* education can be designed and assessment performed reliably. The content of teaching relates to interpersonal communication with patients, thus the relevant theory is retrieved from this area.

Background

Interpersonal communication is a complex process where at least two persons talk together. The purpose of communicating is to share views and opinions in a process used to create meaning with the ultimate goal of both parties understanding the perspective and knowledge of the other communicating party.

Interpersonal communication is a complex situated social process in which people who have established a communicative relationship exchange messages in an effort to generate shared meanings and accomplish social goals. (Burleson, 2010, s. 151)

Interpersonal communication between a dental student and a patient constitutes a complex professional interaction which is difficult to assess (Wisikin et al., 2003). The complexity consists of several layers: Firstly, oral communication entails several types of skills, such as being able to express yourself clearly, listen and interpret what is being said and be able to adapt the communication to the person with whom you communicate (Hargie, 2011). Secondly, communication is not linear. The information given is interpreted by the receiver, based on his/her knowledge, goals and attitudes. This

may lead to another interpretation than the sender of information intended. Furthermore, the dentist has expert knowledge that the patient may have difficulty to understand. Thirdly, the relationship between the communicating parties, as well as the situation and the context will affect the communication. Lastly, the communicating parties will affect each other. These layers of complexity could entail difficulties to assess student capability in an equivalent way.

Although defined slightly differently in different studies, communicative competence for professional dentists include the capability: to express themselves clearly, to use language that patients can understand, to listen to their patients, and to involve patients in treatment decisions (Hobgood et al., 2002). A problem, however, is that while it may be quite easy to comprehend criteria for successful communication, actually using communication skills in clinical situations may be much more difficult.

Theaker et al. (2000) performed process-tracking of interactions between experienced dental practitioners and patients, and found that the dental consultation consists of six stages: 1) Greetings and introduction, 2) Determine purpose of visit, 3) Gather information, 4) Clinical examination, 5) Agree on treatment and 6) Closure. These six stages can be used as a way to identify communication skills relevant for each stage, thereby reducing the complexity of teaching and assessment of communicative competence.

In this thesis, the main focus is on the two final stages: 5) Agree on treatment and 6) Closure. Evidence suggests that involving patients in healthcare decisions have a positive impact on healthcare outcomes as well as patients' perception of quality. However, the extent to which dental students are trained in communication and Shared Decision Making (SDM) differs and studies have identified a need for intensified learning and assessment of this competence.

According to Aspegren (1999), who conducted a review of research about teaching and learning communication skills, the teaching of such skills should be experiential as it has been shown conclusively that instructional methods do not give the desired results. Attempts to use clinical skills assessments such as objective structured

clinical examinations (OSCEs) for this purpose in dental education have not necessarily led to desirable results. The brief communication skills training described by one group of researchers as “one-shot faculty-facilitated” was not sufficient to improve dental students’ communication skills; instead, those authors suggested that a comprehensive training course would likely be more beneficial (Cannick et al., 2007). Hannah et al. (2004) evaluated such a course, consisting of four two-hour classes. That course made use of simulated patients, case-based scenarios, videotaped interviews, and class role-plays, and the students rated the course very highly. Furthermore, the students considered communication skills to be a significantly more important component of their education after completion of the course. However, communication skills have been found to be easily forgotten if not maintained by practice (Aspegren, 1999; Deveugele et al., 2005). Deveugele et al. (2005) therefore suggests that communication skills need to be practiced throughout the entire curriculum since practice every year seems to lead to better acquisition. As a consequence, smaller but recurring workshops on communication skills might be more effective in a longer perspective. Research in medical education has found that significant improvements in communication (such as reduced verbal dominance, increased use of open-ended questions, and increased use of empathy) can follow from short teaching interventions (a total of four hours) based on videotaped interviews with simulated patients and individualized feedback (Roter et al., 2004).

Teaching

The first study (presented in paper 1, “I’ll Never Forget This”: Evaluating a Pilot Workshop in Effective Communication for Dental Students) aimed to pilot and evaluate a methodology in which dental students are taught communication skills during a short workshop based on communication events with simulated patients.

Through the use of short workshops, as opposed to full courses, the methodology may provide better opportunities for frequent and

effective training of communication skills throughout the curriculum. Such a format also means that students have the possibility of practicing their communication skills in various subject areas.

The methodology was based on an experiential learning approach, the use of realistic clinical scenarios, simulated patients, and an integrated teaching team of both educational researchers and dental educators/dentists. Furthermore, the methodology was adapted for short workshops, which is thought to offer better possibilities for frequent and effective training of communication skills throughout the curriculum. The workshop was piloted with groups of six to ten students from the sixth and tenth semesters (n=94). Results showed that the majority of students found the tasks meaningful and well aligned with how they perceived their future profession as dentists. Most students also thought that they learned from the task. An interesting finding is that students not only found it instructive to practice how to communicate in authentic situations, but that they generally found the workshop to be thought-provoking while at the same time providing structure and intellectual tools for the future. A possible explanation for this finding is the sharing of explicit criteria for efficient communication.

Assessment

There is extensive evidence that assessment of student knowledge and abilities guides student learning (Brown et al., 2013; Manogue et al., 2001; Struyven et al., 2003) and that assessment defines what students perceive as the real learning outcomes (Biggs & Tang, 2011; Ramsden, 2003). Assessment can have multiple purposes: 1) to evaluate students' performance in relation to the learning outcomes – assessment of learning, 2) to support the learning process – assessment for learning, and 3) to maintain the required standard for future professional practice (Joughin, 2009c).

In order to assess the student's communicative competence, teaching and assessment must enable the student to demonstrate his/her competence. In this licentiate thesis, being competent means to integrate knowledge, skills and abilities to manage relevant information,

relationships and situations (Taconis et al., 2004; Towle & Godolphin, 1999).

If we want to know how well somebody can write stories or conduct experiments, it seems natural to ask them to do so and to evaluate their performance. (Kane et al., 1999, s. 5)

The major advantage of performance assessment is the fact that assessment is based on the observation of the actual performance, thus there is no need for reinterpretation (Kane et al., 1999). Authentic assessment is a concept that is frequently used within professional educations. *Authentic* indicating that the task and the assessment is in line with what a professional dentist could meet. The tasks are habitually open, which means that they can be solved in multiple ways, thus replicating professional practice (Black, 1998). Authentic assessments aim at providing reliable information in order to make valid interpretations and assessments of the student's competence in relation to professional quality in occupational practice (Darling-Hammond & Snyder, 2000).

Unlike the assessment of fragmented knowledge and skills, which are relatively straightforward to measure and easy to assess equivalently, the assessment of complex competence requires the capability to make qualitative judgments based on multiple criteria (Sadler, 1989). Boud (2007) suggests that assessment as a concept should be redefined and introduces the concept of informed judgment.

Informing judgment that is ... the capacity to evaluate evidence, appraise situations and circumstances astutely, to draw sound conclusions and act in accordance with this analysis. (Boud, 2007, s. 19)

The four parts of informing judgment indicates that it is not only teachers and examiners that should be able to give an informed judgment. This is in line with Boud's (2009) argument that students should develop their capability to give informed judgments in order

to be able to take responsibility for and manage their own learning during education and in the professional occupation.

The complexity of communication makes assessment cumbersome. A need to more clearly define and operationalize what it means to be proficient in this area has been identified.

The aim of the second study was to operationalize communicative and relational skills in a comprehensive assessment instrument for shared decision making.

Relevant skills on information exchange, negotiation, communication and relationship building were identified through an extensive review of previous research and instruments for assessing communication competence. Indicators for assessing these skills were formulated. The instrument was submitted to a pilot test and evaluated based on test content, internal structure and response processes.

The Assessment of Shared Decision Making (ASDM) instrument consists of eighteen items addressing different aspects of the construct, as well as three different types of skills (see table 13). Findings suggest that the ASDM represents a valid measure of shared decision making with three major components. The importance of developing the ASDM lies not mainly in the summative assessment of students' communication with patients, but for formative assessment purposes. By identifying the components essential for shared decision making, these aspects and skills can be woven into the curriculum and shared with the students. Thus, the ASDM provides a structure that can meet the need for intensified learning and assessment of dental students' competence in communication and shared decision making.

Discussion

In the following sections, the results of the two studies are discussed with the purpose of addressing the current problem with dental students risking not to acquire a satisfactory level of communicative competence. Former studies have concluded that:

1. Teaching and assessment of communicative competence needs to be developed further (Yoshida et al., 2002).

2. There is a need for a more systematic approach to teaching and assessing communication skills (Carey et al., 2010). Students' capability to communicate declines during the education, probably due to these skills not being satisfactorily reinforced and focused in order to maintain a high level of quality (Broder & Janal, 2006).

Dental students' attitudes to learning communication skills has been found to be more positive at the beginning than at the end of the educational programme. This may be caused by socialization into the dental profession where focus on technical skills are great and where communication skills are not a priority, or not perceived as a priority by the students (McKenzie, 2014).

Teaching and assessing communicational skills

As communication skills have been found to be easily forgotten if not maintained by practice (Aspegren, 1999), Deveugele et al. (2005) suggests that communication skills need to be practiced throughout the entire curriculum since practice every year seems to lead to better acquisition. As a consequence, smaller but recurring workshops on communication skills might be more effective in a longer perspective.

The results of the first study show that a learning activity, consisting of short workshops including role-plays with authentic cases, was an effective way to simulate practice and support the students to get actively involved and engaged in their learning. Workshops with role-plays requires active participation by students (Billings & Halstead, 2005; Freeman, 2003). Students who see themselves as active, participating and responsible for their learning is a basic requirement for developing the ability to assess and to give informed judgment (Boud & Falchikov, 2007).

Short workshops where students can focus on developing their communicative capability based on authentic cases of different types, are easily adaptable to different situations and to the communication skills that are to be taught and learned. Thus, they can be used throughout the entire education.

The results of the first study show that the students found the role-plays and the cases to be meaningful and relevant for practice. They also found that they had been able to develop their communicative competence. Role-plays have been found to affect the attitude of those who participate and to support the development of cognitive skills (L. Cohen et al., 2013). Through involving students in communication learning, where they actively construct and reflect on their competence in authentic, meaningful (O'Donovan et al., 2008) and relevant situations and contexts (Sambell et al., 1997), the students' capacity to be responsible for their learning is stimulated. Valid interpretations and assessments of the student's competence in relation to the professional quality in occupational practice can be made possible by using authentic cases (Darling-Hammond & Snyder, 2000; Kramer et al., 2009). Role-plays have been found to be a good way for students to integrate and assimilate knowledge, skills and abilities (Bolton & Heathcote, 1999), which is favourable when addressing the complexity in oral communication.

The structure for communication learning

The structure used for communication learning at the workshop consisted of four steps: identify -> analyse -> communicate -> reflect. The structure was based on theories for problem solving (Bransford & Stein, 1993; Koellner et al., 2007). The structure for communication learning for dental students was developed partly in order to be used as scaffolding for the student's learning and partly to provide knowledge about communication through the criteria for effective communication. The criteria for effective communication was based on assessment instruments in medical education (Humphris & Kaney, 2000; Rider & Keefer, 2006) and represent a selection of the criteria identified for the second study. The criteria were adapted to the dental education and validated by discussions with teachers in the dental school.

In the first step – Identify – the student describes the situation in the current case as objectively as possible. The case material may consist of texts, images or videos. The information that the student

has found to be relevant and the interpretation of this information, is presented by the student describing what he/she has read, seen and/or heard. By clarifying the interpretations, they can be discussed in the group. Thus, facilitating the identification of the current problem and its root causes, making it possible to analyse the situation and come to solutions that are relevant.

In step two – Analyse – the student analyses the situation in the current case from the perspective of the dentist and of the patient. By analysing the situation from the dentist's perspective, the student considers relevant dental, as well as psychological and social factors. The analyses from the patient's perspective enables the student to try to understand the patient's experience of the situation. The capability to understand and accept the patient's perspective is vital when establishing a relationship with the patient (Silverman et al., 2005). By considering the patient's perspective it is also possible for the dental student to detect whether he/she needs any further information from the patient. This analysis should allow the student to frame questions and identify relevant treatment options and their risks and benefits.

In step three – Communicate – the student participates in the role-play and communicates with the patient. Criteria for efficient communication are used as a scaffolding structure. The criteria encompass: being able to give information in an adequate way, being able to obtain relevant information from the patient, being able to share the decision of treatment with the patient and being able to close the session. The criteria for effective communication represent a selection of the criteria identified for the second study. It is recommended to focus on some criteria at the time (Kurtz et al., 2005) as too many criteria would make it difficult to apply and develop the performance in relation to all of them simultaneously.

In step four – Reflect – the student reflects on the performances as well as strength and weaknesses. After each role-play performance, the students immediately reflect together on the performance in relation to the criteria for efficient communication. Thus, facilitating

the students to: give feedback, develop an understanding of the feedback given, be able to connect feedback to the assessment criteria (Sadler, 1989), identify alternative solutions and qualities and discuss the feedback as well as how to close the gap between the actual performance and a desired performance. At the workshops, the students were able to participate in a new role-play for the same situation, thus evaluating a strategy for closing the gap. In order to decide whether feedback has had any effect, the student needs to use it to develop his/her performance (Boud, 2007). At the end of the workshop, each student was asked to individually, in writing, reflect on the learning activity in relation to themselves and their own communication skills. Being able to reflect on their skills, identify their strengths and weaknesses and to suggest ways to develop their skills is central to being able to take responsibility for their own learning (see e.g. Dewey, 1997; Rogers, 2002). By reflecting on skills in relation to a desired performance level, identifying strengths and weaknesses and then suggesting ways to close the gap, the ability to give an informed judgment is developed.

Assessment tasks should make it possible to assess students' competence to act in practical situations (Fastré et al., 2010). When using performance assessment, the assessment is direct without re-interpretation from descriptions of action, thereby creating a higher validity (Kane et al., 1999). Assessment criteria, indicators and quality levels should be defined when working with performance assessment (Fastré et al., 2010). These aim to make assessment more transparent (Otter, 1995). Criteria were formulated for the workshops in the first study. For the second study criteria and indicators were formulated for skills relevant to stage 5) Agree on treatment and 6) Closure, of the dental consultation. Most of the students, in the first study, found the criteria to be usable and that they clarified what was expected of them, thereby making the assessment more transparent. The criteria were found to support the structure of the learning activity. The students also used the criteria as scaffolding when communicating.

Experience of making qualitative assessments based on multiple criteria is a prerequisite for being able to assess the quality of divergent open-answer tasks (Sadler, 2009). Explicit and defined criteria and indicators make it possible to discuss them in relation to each other and in relation to the whole of the performance. By discussing criteria and indicators with teachers and students the capability to make assessments based on multiple criteria may be learned and developed, in the same way as other competences (Sadler, 2009). Furthermore, the discussions may lead to further development and clarification of criteria, indicators and quality levels of performance.

Above, suggestions have been made in order to address the first problem: the need for further development of teaching and assessment of communicative competence (Yoshida et al., 2002). The discussion will now continue in regard to the second problem: the identified need for a more methodical approach to teaching and assessing communication skills (Carey et al., 2010).

Systematics of teaching and assessing communication capability

Oral communication – professional communication with a patient constitutes a complex, situated social process where the participants exchange information in order to create a shared view of the meaning of the communicational content. One way of dealing with the complexity is by using the structure of the dental consultation. The dental consultation consists of six stages: 1) Greetings and introduction, 2) Determine purpose of visit, 3) Gather information, 4) Clinical examination, 5) Agree on treatment and 6) Closure (Theaker et al., 2000).

Criteria and indicators relevant to stage 5 and 6 were defined for the second study (the Assessment of Shared Decision-Making instrument, ASDM). In order to cover the entire dental consultation criteria and indicators for the other four stages were identified. This resulted in the Dental-Patient Communication Skills Instrument (DPCSI) (see table 15).

Teaching and assessment should be based on the principles of informed judgment: the capacity to evaluate evidence, appraise situations and circumstances astutely, to draw sound conclusions and act in accordance with this analysis. By focusing on a limited number of criteria at the time, this can be ensured.

Deveugele et al. (2005) has suggested that communication skills need to be practiced throughout the entire curriculum since practice every year seems to lead to better acquisition. Based on the DPCSI-instrument, relevant criteria and indicators can be allocated to various courses throughout the dental education programme. Each course will ensure that a reasonable number of criteria are taught, trained and assessed. When the allocation of criteria has been made, short workshops based on the structure for communication learning with role-plays using authentic cases can be planned.

In order to ensure that dental students' communicative and relational skills does not decline during the education (Broder & Janal, 2006), a discussion on progression based on a model by Harden will follow. Harden (2007) defines four dimensions of progression: increasing breadth, increasing depth, increasing utility and increasing proficiency.

Increased breadth is reached by extending the area of competence to new topics and contexts (Harden, 2007). Within dental education this could involve communicating with different patients with different types of problems.

Increased depth entails an increase in depth of study or level of difficulty (Harden, 2007). Within dental education this could involve communicating with patients with complex symptoms and issues.

Increased utility means moving from a theoretical understanding to applying the knowledge to practice (Harden, 2007). Within dental education this could entail increasing the contextual authenticity throughout the education.

Increased proficiency involves the achievement of higher standards, committing fewer mistakes and acting more independently (Harden, 2007). Within dental education this could mean increased

independence and being able to explain difficult procedures to the patient.

The second problem mentioned above, is the identified need for a more methodical approach to teaching and assessing communication skills (Carey et al., 2010). Based on the discussion above a methodical structure for teaching and assessing communication skills is suggested.

Attitudes to communicative competence

The third problem mentioned above is the identified change in dental students' attitude to learning communication skills from positive to more negative during the education. This may be caused by socialization into the dental profession where focus mainly lies on technical skills and where communication skills are not a priority, or not perceived as a priority by the students (McKenzie, 2014). In order to improve the students' view on the value of communicative competence it is important to reach a wider support for this within a dental faculty (Hannah et al., 2004). One way of accomplishing this could be to involve all staff engaged in the dental education in discussing the evidence for the importance of having good communication skills.

This licentiate thesis contributes with a suggestion for a systematic structure for teaching and assessing communication skills. In order to implement the structure there is a need for wide support for the importance of communication skills at the dental faculty. The systematic structure consists of the following parts:

- The structure for communication learning – identify – analyse – communicate – reflect
- Assessment that supports the development of the capability to give informed judgments
- The Dental-Patient Communication Skills Instrument (DPCSI) with relevant criteria and indicators for the entire dental consultation
- A structure for progression based on a model by Harden (2007)

REFERENSER

- Abrahamsson, Kajsa H, Berggren, Ulf, Hallberg, Lillemor, & Carlsson, Sven G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(2), 188-196. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00083.x
- Adler, Ronald Brian, Rosenfeld, Lawrence B, & Proctor, Russell F. (2007). *Interplay: The process of interpersonal communication*. Oxford University Press, USA.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Andréasson, Ulf, Rosenberg, Elin, & Lindstrand, Helen (2007). Jakten på anställningsbarhet—om mötet mellan student och arbetsgivare. Stockholm: TCO, Sveriges Förenade Studentkårer och Lärarförbundet.
- Argyle, Michael, Furnham, Adrian, & Graham, Jean Ann. (1981). *Social situations*. Cambridge University Press.
- Arter, Judith, & McTighe, Jay. (2000). *Scoring rubrics in the classroom: Using performance criteria for assessing and improving student performance*. Corwin Press.
- Aspegren, Knut. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Medical teacher*, 21(6), 563-570. doi: 10.1080/01421599978979
- Badri, Parvaneh, Saltaji, Humam, Flores-Mir, Carlos, & Amin, Maryam. (2014). Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: a systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 145(8), 817-828. doi: 10.14219/jada.2014.49

- Barnett, R. (2007). Assessment in higher education. An impossible mission? I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking Assessment in Higher Education. Learning for the longer term* (ss. 29-44). London & New York: Routledge.
- Bauer, Janet, Spackman, Sue, Chiappelli, Francesco, & Prolo, Paolo. (2005). Evidence-based decision making in dental practice. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 5(3), 125-130. doi: 10.1016/j.jebdp.2005.06.001
- Baxter, Leslie A. (1988). Dyadic personal relationships: Measurement options *A handbook for the study of human communication: Methods and instruments for observing, measuring, and assessing communication processes* (ss. 193-283). Norwood: Ablex.
- Beauchamp, Tom L., & Childress, James F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6 uppl.). New York: Oxford University Press.
- Beaulieu, Catherine. (2004). Intercultural study of personal space: A case study. *Journal of applied social psychology*, 34(4), 794-805. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02571.x
- Bekker, Hilary L. (2010). The loss of reason in patient decision aid research: do checklists damage the quality of informed choice interventions? *Patient education and counseling*, 78(3), 357-364. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.002
- Berger, Charles R. (1995). A plan-based approach to strategic communication. I D. Hewes (Red.), *The cognitive bases of interpersonal communication* (ss. 141-179). Hillsdale: Erlbaum Associates.
- Biggs, John B., & Tang, Catherine So-Kum aut. (2011). *Teaching for quality learning at university : what the student does* (4., [rev.] uppl.): Maidenhead : Open University Press, 2011.
- Billings, DM, & Halstead, JA. (2005). *Teaching in nursing: A guide for faculty* (2 uppl.). S:t Louis: Elsevier
- Birenbaum, Menucha, & Rosenau, Sarah. (2006). Assessment preferences, learning orientations, and learning strategies of pre-service and in-service teachers. *Journal of Education for Teaching*, 32(2), 213-225. doi: 10.1080/02607470600655300
- Black, Paul. (1998). *Testing: friend or foe? Theory and practice of assessment and practice*. London, Falmer Press.
- Black, Paul, & Wiliam, Dylan. (1998). Assessment and Classroom Learning. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 5(1), 7-74. doi: 10.1080/0969595980050102
- Black, Paul, & Wiliam, Dylan. (2009). Developing the theory of formative assessment. *Educational Assessment, Evaluation and*

- Accountability (formerly: Journal of Personnel Evaluation in Education)*, 21(1), 5. doi: 10.1007/s11092-008-9068-5
- Bolton, Gavin M, & Heathcote, Dorothy. (1999). *So you want to use role play?: A new approach in how to plan*. Trentham.
- Boud, David. (1995). Assessment and learning: contradictory or complementary? I P. Knight (Red.), *Assessment for learning in higher education* (ss. 35-48). London: Kogan Page.
- Boud, David. (2000). Sustainable assessment: rethinking assessment for the learning society. *Studies in continuing education*, 22(2), 151-167. doi: 10.1080/713695728
- Boud, David. (2007). Reframing assessment as if learning were important. I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking assessment in higher education: Learning for the longer term* (ss. 14-25). London and New York: Routledge.
- Boud, David. (2009). How can practice reshape assessment? I G. Joughin (Red.), *Assessment, learning and judgement in higher education* (ss. 29-44): Springer.
- Boud, David, & Falchikov, Nancy. (2007). Developing assessment for informing judgment. I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking assessment in higher education. Learning for the longer term* (ss. 181-197). London and New York: Routledge.
- Boud, David, & Molloy, Elizabeth. (2013). Rethinking models of feedback for learning: the challenge of design. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 38(6), 698-712.
- Braddock III, Clarence H, Edwards, Kelly A, Hasenberg, Nicole M, Laidley, Tracy L, & Levinson, Wendy. (1999). Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *Jama*, 282(24), 2313-2320.
- Braithwaite, D. O, Schrod, P, & Carr, K. (2015). Introduction: Meta-theory and theory in interpersonal communication research. I D. O. Braithwaite & P. Schrod (Red.), *Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives* (2 uppl., ss. 1-18): Sage Publications.
- Bransford, John D, & Stein, Barry S. (1993). *The ideal problem solver: a guide for improving thinking, learning, and creativity* (2 uppl.): WH Freeman.
- Brante, Thomas. (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Liber.
- Broder, Hillary L, & Janal, Mal. (2006). Promoting interpersonal skills and cultural sensitivity among dental students. *Journal of Dental Education*, 70(4), 409-416.

- Brown, George A, Bull, Joanna, & Pendlebury, Malcolm. (2013). *Assessing student learning in higher education*: Routledge.
- Buck, Dave, & Newton, Tim. (2002). Continuing professional development amongst dental practitioners in the United Kingdom: how far are we from lifelong learning targets? *European Journal of Dental Education*, 6(1), 36-39. doi: 10.1046/j.1396-5883.2001.00248.x
- Burleson, Brant R. (2010). The nature of interpersonal communication: a message centered approach. I C. R. Berger, M. E. Roloff & D. R. Roskos-Ewoldsen (Red.), *The Handbook of Communication Science* (2 uppl., ss. 145-164): Sage Publications.
- Cannick, Gabrielle F, Horowitz, Alice M, Garr, David R, Reed, Susan G, Neville, Brad W, Day, Terry A, . . . Lackland, Daniel T. (2007). Use of the OSCE to evaluate brief communication skills training for dental students. *Journal of dental education*, 71(9), 1203-1209.
- Carey, JA, Madill, A, & Manogue, M. (2010). Communications skills in dental education: a systematic research review. *European Journal of Dental Education*, 14(2), 69-78. doi: 10.1111/j.1600-0579.2009.00586.x
- Cegala, Donald J, Savage, Grant T, Brunner, Claire C, & Conrad, Anne B. (1982). An elaboration of the meaning of interaction involvement: Toward the development of a theoretical concept. *Communications Monographs*, 49(4), 229-248.
- Charles, Cathy, Gafni, Amiram, & Whelan, Tim. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Charles, Cathy, Gafni, Amiram, & Whelan, Tim. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 49(5), 651-661. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00145-8
- Chuenjitwongsa, S., Oliver, R. G., & Bullock, A. D. (2016). Competence, competency-based education, and undergraduate dental education: a discussion paper. *European Journal of Dental Education*, n/a-n/a. doi: 10.1111/eje.12213
- Clampitt, Phillip G. (2012). *Communicating for managerial effectiveness*: Sage.
- Cleland, Jennifer, Foster, Karen, & Moffat, Mandy. (2005). Undergraduate students' attitudes to communication skills

- learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher*, 27(3), 246-251. doi: 10.1080/01421590400029541
- Cohen, Jordan J. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Medical education*, 40(7), 607-617. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02512.x
- Cohen, Louis, Manion, Lawrence, & Morrison, Keith. (2013). *Research methods in education*: Routledge.
- Cohen, Ruth, Boud, David, & Sampson, Jane. (2001). Dealing with problems encountered in assessment of peer learning. I N. Falchikov (Red.), *Learning Together: Peer Tutoring in Higher Education* (ss. 248-252). London: Routledge Farmer.
- Corah, Norman L, O'Shea, Robert M, Pace, Lawrence F, & Seyrek, Sait K. (1984). Development of a patient measure of satisfaction with the dentist: the Dental Visit Satisfaction Scale. *Journal of behavioral medicine*, 7(4), 367-373. doi: 10.1007/BF00845270
- Coulter, Angela. (1999). Paternalism or partnership?: Patients have grown up—And there's no going back. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7212), 719. doi: 10.1136/bmj.319.7212.719
- Cowpe, Jon, Plasschaert, A, Harzer, Winfried, Vinkka-Puhakka, Heli, & Walmsley, A Damien. (2010). Profile and competences for the graduating European dentist—update 2009. *European Journal of Dental Education*, 14(4), 193-202. doi: 10.1111/j.1600-0579.2009.00609.x
- Crow, H, Gage, H, Hampson, S, Hart, J, Kimber, A, Storey, L, & Thomas, Hilary. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.
- Cruess, S.R, Johnston, S, & Cruess, R.L. (2002). Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *The Medical Journal of Australia*, 177(4), 208-211.
- Dannels, Deanna. (2002). Communication across the curriculum and in the disciplines: Speaking in engineering. *Communication Education*, 51(3), 254-268. doi: 10.1080/03634520216513
- Darling-Hammond, Linda, & Snyder, Jon. (2000). Authentic assessment of teaching in context. *Teaching and teacher education*, 16(5), 523-545. doi: 10.1016/S0742-051X(00)00015-9
- Davidson, R, & Mills, ME. (2005). Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *European Journal of Cancer Care*, 14(1), 83-90.

- Deveugele, Myriam, Derese, Anselme, De Maesschalck, Stéphanie, Willems, Sara, Van Driel, Mieke, & De Maeseneer, Jan. (2005). Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient education and counseling*, 58(3), 265-270. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.004
- DeVito, Joseph A. (2008). *The interpersonal communication book* (12 uppl.): Pearson.
- Dewey, John. (1939). Theory of Valuation. International Encyclopedia of Unified Science. *Chicago*, 11, 65.
- Dewey, John. (1997). *How we think*: Courier Corporation.
- DiMatteo, M Robin, Sherbourne, Cathy Donald, Hays, Ron D, Ordway, Lynn, Kravitz, Richard L, McGlynn, Elizabeth A, . . . Rogers, William H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health psychology*, 12(2), 93.
- Dochy, Filip, Gijbels, David, & Segers, Mien. (2006). Learning and the emerging new assessment culture. I L. Verschaffel, F. Dochy, M. Boekaerts & S. Vosniadou (Red.), *Instructional psychology: past, present, and future trends*: . Amsterdam; Boston: Elsevier.
- Draper, Juliet, Silverman, Jonathan, Hibble, Arthur, Berrington, Robert M, & Kurtz, Suzanne M. (2002). The East Anglia Deanery Communication Skills Teaching Project--six years on. *Medical teacher*, 24(3), 294-298. doi: 10.0.4.56/01421590220134132
- Dyche, Lawrence. (2007). Interpersonal skill in medicine: the essential partner of verbal communication. *Journal of general internal medicine*, 22(7), 1035-1039. doi: 10.1007/s11606-007-0153-0
- Ecclestone, Kathryn. (2007). Learning Assessment: students' experiences in post-school qualifications. I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking Assessment in Higher Education: learning for the longer term*. (ss. 41-54). London: Routledge.
- Edvardsson, David. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Egbert, Nichole, & Rubin, Rebecca B. (2011). Measurement in health communication. I R. B. Rubin, A. M. Rubin, E. Graham, E. M. Perse & D. Seibold (Red.), *Communication research measures II: A sourcebook* (ss. 36-42): Routledge.
- Elwyn, Glyn, Edwards, Adrian, & Kinnersley, Paul. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*, 49(443), 477-482.

- Elwyn, Glyn, Edwards, Adrian, Kinnersley, Paul, & Grol, Richard. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*, 50(460), 892-899. doi: 10.1007/BF02602306
- Elwyn, Glyn, Edwards, Adrian, Mowle, Steve, Wensing, Michel, Wilkinson, Clare, Kinnersley, Paul, & Grol, Richard. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient education and counseling*, 43(1), 5-22.
- Entwistle, Noel J, & Entwistle, Abigail. (1991). Contrasting forms of understanding for degree examinations: the student experience and its implications. *Higher education*, 22(3), 205-227. doi: 10.1007/BF00132288
- Eva, Kevin W, & Regehr, Glenn. (2005). Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 80(10), S46-S54.
- Fastré, Greet Mia Jos, Van der Klink, Marcel R, & Van Merriënboer, Jeroen JG. (2010). The effects of performance-based assessment criteria on student performance and self-assessment skills. *Advances in Health Sciences Education*, 15(4), 517-532. doi: 10.1007/s10459-009-9215-x
- Fishbach, Ayelet, & Ferguson, Melissa J. (2007). The goal construct in social psychology. I A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Red.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (ss. 490-515). New York: Guilford Press.
- Fiske, Susan T, & Taylor, Shelley E. (2008). *Social cognition: From brains to culture*. New York: McGraw Hill.
- Flint, Nerilee, & Johnson, Bruce. (2010). *Towards fairer university assessment: Recognizing the concerns of students*. Routledge.
- Ford, Sarah, Schofield, Theo, & Hope, Tony. (2003). What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 56(3), 589-602. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00056-4
- Forgas, Joseph P, & Williams, Kipling D. (2001). Social Influence: introduction and overview. . I J. P. Forgas & K. D. Williams (Red.), *Social influence: Direct and indirect processes* (Vol. 3, ss. 3-12): Psychology Press.
- Fossum, Bjöörn. (2003). *Communication in the health services: Two examples*. Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences.

- Fossum, Bjöörn. (2013a). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården* (2 uppl., ss. 199-222). Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, Bjöörn. (2013b). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2 uppl., ss. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Fox, Chris. (2010). Evidence summary: what do we know from qualitative research about people's care-seeking about oral health? *British dental journal*, 209(5), 225-231. doi: 10.1038/sj.bdj.2010.796
- Freeman, Lee A. (2003). Simulation and role playing with LEGO (R) blocks. *Journal of Information Systems Education*, 14(2), 137.
- Frist, William H. (2005). Health care in the 21st century. *New England Journal of Medicine*, 352(3), 267-272.
- General Dental Council. (1997). The first five years: the undergraduate dental curriculum: General Dental Council.
- General Dental Council. (2013). Standards for the dental team. . Online information available at <https://www.gdc-uk.org/professionals/standards/team> General Dental Council.
- Gerbner, George. (1956). Toward a general model of communication. *Educational technology research and development*, 4(3), 171-199.
- Gerrevall, Per. (2008). Lärares professionalitet och betygsättningen - om bedömningens och betygsättningens dubbla karaktär. I C. Fritzell (Red.), *Att tolka pedagogikens språk: Perspektiv och diskurser* (ss. 93-114). Växjö: Växjö University Press.
- Gibbs, Graham. (2006). Why assessment is changing. I C. Bryan & K. Clegg (Red.), *Innovative assessment in higher education* (Vol. 11, ss. 11-22). London and New York: Routledge.
- Gibbs, Graham, & Dunbar-Goddet, Harriet. (2009). Characterising programme-level assessment environments that support learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 34(4), 481-489. doi: 10.1080/02602930802071114
- Giffin, Kim, & Patton, Bobby R. (1971). *Fundamentals of Interpersonal Communication*. New York: Harper & Row.
- Gijbels, David, Segers, Mien, & Struyf, Elke. (2008). Constructivist learning environments and the (im) possibility to change students' perceptions of assessment demands and approaches to learning. *Instructional Science*, 36(5-6), 431. doi: 10.1007/s11251-008-9064-7
- Gipps, Caroline. (1999). Chapter 10: Socio-cultural aspects of assessment. *Review of research in education*, 24(1), 355-392.

- Gorter, Ronald C, & Eijkman, Michiel AJ. (1997). Communication skills training courses in dental education. *European Journal of Dental Education*, 1(3), 143-147.
- Grégoire, Jacques. (1997). Diagnostic assessment of learning disabilities: From assessment of performance to assessment of competence. *European Journal of Psychological Assessment*, 13(1), 10-20.
- Gustafsson, Bengt, Hermerén, Göran, & Petterson, Bo. (2011). God Forskningsdet Vetenskapsrådets rapportserie. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Haden, N Karl, Andrieu, Sandra C, Chadwick, D Gregory, Chmar, Jacqueline E, Cole, James R, George, Mary C, . . . Hendricson, William D. (2006). The dental education environment. *Journal of Dental Education*, 70(12), 1265-1270.
- Hagerty, Rebecca G, Butow, Phyllis N, Ellis, Peter M, Lobb, Elizabeth A, Pendlebury, Susan C, Leighl, Natasha, . . . Tattersall, Martin HN. (2005). Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of clinical oncology*, 23(6), 1278-1288.
- Haggis, Tamsin. (2003). Constructing Images of Ourselves? A Critical Investigation into 'Approaches to Learning' Research in Higher Education. *British Educational Research Journal*, 29(1), 89-104. doi: 10.1080/0141192032000057401
- Hagihara, Akihito, & Tarumi, Kimio. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 143-150. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00420.x
- Hamasaki, T, Soh, I, Takehara, T, & Hagihara, A. (2011). Applicability of both dentist and patient perceptions of dentists' explanations to the evaluation of dentist-patient communication. *Community dental health*, 28(4), 274-279.
- Hannah, Annette, Millichamp, C Jane, & Ayers, Kathryn MS. (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *Journal of Dental Education*, 68(9), 970-977.
- Harden, Ronald M. (2007). Learning outcomes as a tool to assess progression. *Medical Teacher*, 29(7), 678-682. doi: 10.1080/01421590701729955
- Hargie, Owen. (2006). Skill in practice: An operational model of communicative performance. I O. Hargie (Red.), *The handbook of communication skills* (3 uppl., ss. 37-70). London: Routledge.

- Hargie, Owen. (2011). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice*: Routledge.
- Hartley, Peter. (1999). *Interpersonal communication* (2 uppl.). London: Routledge.
- Hattie, John, & Timperley, Helen. (2007). The power of feedback. *Review of educational research*, 77(1), 81-112.
- Havnes, Anton, & McDowell, Liz. (2007). *Balancing dilemmas in assessment and learning in contemporary education*: Routledge.
- Hayes, John R., Hatch, Jill A., & Silk, Christine M. (2000). Does Holistic Assessment Predict Writing Performance? *Written Communication*, 17(1), 3-26. doi: doi:10.1177/0741088300017001001
- Heath, Robert L, & Bryant, Jennings. (2000). *Human communication theory and research: Concepts, contexts, and challenges*: Lawrence Erlbaum.
- Hess, Ursula, Adams Jr, Reginald B, & Kleck, Robert E. (2008). The role of facial expression in person perception. I N. Ambady & J. J. Skowronski (Red.), *First impressions* (ss. 234-254). New York and London: Guilford Press.
- Higgins, Richard, Hartley, Peter, & Skelton, Alan. (2002). The conscientious consumer: Reconsidering the role of assessment feedback in student learning. *Studies in higher education*, 27(1), 53-64.
- Hinton, Perry Roy. (1993). *The psychology of interpersonal perception*: Routledge.
- Hobgood, Cherri D, Riviello, Ralph J, Jouriles, Nicholas, & Hamilton, Glen. (2002). Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1257-1269.
- Holmström, Inger. (2002). *Gaining professional competence for patient encounters by means of a new understanding*. (Filosofie doktor), Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.
- Hottel, Timothy L, & Hardigan, Patrick C. (2005). Improvement in the interpersonal communication skills of dental students. *Journal of Dental Education*, 69(2), 281-284.
- Hounsell, D. (2004). *Reinventing feedback for the contemporary Scottish university*. Paper presenterad på Quality Enhancement Conference on Assessment, University of Glasgow.
- Hugenberg, Lawrence W, & Yoder, Donald D. (1994). *Communication Competence: A Reaction to the "Competent Speaker Speech Evaluation Form"*. Paper presenterad på Annual

- meeting of the Eastern Communication Association, Washington DC.
- Humphris, G. M., & Kaney, S. (2000). The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills. *Medical Education*, 34(11), 939-945. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00792.x
- Hurst, Y. K., Prescott-Clements, L. E., & Rennie, J. S. (2004). The patient assessment questionnaire: A new instrument for evaluating the interpersonal skills of vocational dental practitioners. *Br Dent J*, 197(8), 497-500. doi: 10.1038/sj.bdj.4811750
- Högskoleförordningen 1993:100, 1993:100 C.F.R. (2016).
- Ibekwe-SanJuan, Fidelia, & Dousa, Thomas M. (2014). *Theories of information, communication and knowledge. A multidisciplinary approach*: Springer Netherlands.
- Jacquot, Jeremy, & Bauer, J. (2005). Trust in the dentist-patient relationship: a review. *The Journal of Young Investigators*, 12(6).
- Jessop, Tansy, McNab, Nicole, & Gubby, Laura (2012). Mind the gap: An analysis of how quality assurance processes influence programme assessment patterns. *Active Learning in Higher Education*, 13(2), 143-154. doi: 10.1177/1469787412441285
- Jonsson, Anders. (2012). Självutvärdering av bedömningskvalitet. Malmö: Malmö högskola.
- Jonsson, Anders, & Svingby, Gunilla. (2007). The use of scoring rubrics: Reliability, validity and educational consequences. *Educational research review*, 2(2), 130-144. doi: 10.1016/j.edurev.2007.05.002
- Jordan, Jerry Monroe. (1998). Executive Cognitive Control in Communication Extending Plan-Based Theory. *Human Communication Research*, 25(1), 5-38. doi: 10.1111/j.1468-2958.1998.tb00435.x
- Joughin, Gordon. (1998). Dimensions of Oral Assessment. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 23(4), 367-378. doi: 10.1080/0260293980230404
- Joughin, Gordon. (2009a). Assessment, learning and judgement in higher education: A critical review. I G. Joughin (Red.), *Assessment, learning and judgement in higher education* (ss. 13-27): Springer.
- Joughin, Gordon. (2009b). Assessment, learning and judgement: Emerging directions. I G. Joughin (Red.), *Assessment, learning and judgement in higher education* (ss. 215-222): Springer.

- Joughin, Gordon. (2009c). Introduction: refocusing assessment. I G. Joughin (Red.), *Assessment, learning and judgement in higher education* (ss. 1-15): Springer.
- Kane, Michael, Crooks, Terence, & Cohen, Allan. (1999). Validating Measures of Performance. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 18(2), 5-17. doi: 10.1111/j.1745-3992.1999.tb00010.x
- Kasper, Jürgen, Légaré, France, Scheibler, Fülöp, & Geiger, Friedemann. (2012). Turning signals into meaning – ‘Shared decision making’ meets communication theory. *Health Expectations*, 15(1), 3-11. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00657.x
- Kettunen, Tarja, Poskiparta, Marita, & Gerlander, Maija. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients’ power messages. . *Patient Education and Counseling*, 47(2), 101-113. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00179-3
- Kirkwood, Margaret. (2007). The contribution of sustainable assessment to teachers’ continuing professional development. I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking assessment in higher education: Learning for the longer term* (ss. 167-180). London: Routledge.
- Kirshner, M. (2003). The Role of Information Technology and Informatics Research in the Dentist-Patient Relationship. *Advances in Dental Research*, 17(1), 77-81. doi: 10.1177/154407370301700118
- Klafki, W. (2011). Kritisk-konstruktiv didaktik. I T. Kroksmark (Red.), *Den tidlösa pedagogiken* (2 uppl., ss. 538-550). Lund: Studentlitteratur.
- Knapp, Mark L, Hall, Judith A, & Horgan, Terrence G. (2013). *Nonverbal communication in human interaction*: Cengage Learning.
- Knight, Peter. (2001). Complexity and curriculum: a process approach to curriculum-making. *Teaching in higher education*, 6(3), 369-381.
- Knight, Peter. (2007). Grading, classifying and future learning. I D. Boud & N. Falchikov (Red.), *Rethinking assessment in higher education: Learning for the longer term* (ss. 72-86). London and New York: Routledge.
- Knight, Peter, & Yorke, Mantz. (2003). *Assessment, learning and employability*: McGraw-Hill Education (UK).
- Knowles, MS. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3 uppl.). Houston: Gulf Pub.

- Koellner, Karen, Jacobs, Jennifer, Borko, Hilda, Schneider, Craig, Pittman, Mary E, Eiteljorg, Eric, . . . Frykholm, Jeffrey. (2007). The Problem-Solving Cycle: A model to support the development of teachers' professional knowledge. *Mathematical Thinking and Learning*, 9(3), 273-303.
- Kramer, Gene A, Albino, Judith EN, Andrieu, Sandra C, Hendricson, William D, Henson, Lindsey, Horn, Bruce D, . . . Young, Stephen K. (2009). Dental student assessment toolbox. *Journal of Dental Education*, 73(1), 12-35.
- Kurtz, Suzanne, Silverman, Jonathan, & Draper, Juliet. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine* (2 uppl.): Radcliffe Publishing.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: A professional evolution. *JAMA*, 275(2), 152-156. doi: 10.1001/jama.1996.03530260066035
- Laurillard, Diana. (2002). *Rethinking University Teaching: A Conversational Framework for the Effective Use of Learning Technologies* (2 uppl.). London and New York: Routledge Falmer.
- LeBlanc, A., Kenny, D. A., O'Connor, A. M., & Legare, F. (2009). Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Med Decis Making*, 29(1), 61-68. doi: 10.1177/0272989x08327067
- Legare, F., & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns*, 96(3), 281-286. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.014
- Légaré, France, Elwyn, Glyn, Fishbein, Martin, Frémont, Pierre, Frosch, Dominick, Gagnon, Marie-Pierre, . . . van der Weijden, Trudy. (2008). Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implementation Science*, 3(1), 2. doi: 10.1186/1748-5908-3-2
- Légaré, France, Moumjid-Ferdjaoui, Nora, Drolet, Renée, Stacey, Dawn, Härter, Martin, Bastian, Hilda, . . . Coulter, Angela. (2013). Core competencies for shared decision making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(4), 267-273.
- Légaré, France, & Zhang, Peng. (2013). Shared decision making. I S. Straus, J. Tetroe & I. D. Graham (Red.), *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (2 uppl., ss. 217-221): John Wiley & Sons.

- Lejk, Mark, & Wyvill, Michael. (2001). Peer assessment of contributions to a group project: a comparison of holistic and category-based approaches. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 26(1), 61-72.
- Li, Shu, & Li, Yan-Mei. (2007). How Far Is Far Enough? A Measure of Information Privacy in Terms of Interpersonal Distance. *Environment and Behavior*, 39(3), 317-331. doi: doi:10.1177/0013916506290956
- Lindberg-Sand, Å. (2004). Meningsskapande kommunikation - granskning av kommunikationsprojekt vid Lunds universitet. Lund: Lunds Universitet.
- Linell, Per. (1982). *Modeller och metaforer för kommunikation*: Linköping University Electronic Press.
- Lkreps, Gary. (1988). The pervasive role of information in health and health care: Implications for health communication policy. *Annals of the International Communication Association*, 11(1), 238-276. doi: 10.1080/23808985.1988.11678690
- Maguire, Peter, & Pitceathly, Carolyn. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700. doi: 10.1136/bmj.325.7366.697
- Main, B. G., & Adair, S. R. L. (2015). The changing face of informed consent. *Br Dent J*, 219(7), 325-327. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.754
- Makoul, Gregory, & Clayman, Marla L. (2005). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 301-312. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010
- Malmö högskola. (2013a). Anvisningar för kursplaner vid Malmö högskola. Malmö: Malmö högskola.
- Malmö högskola. (2013b). Tandläkarutbildning / Utbildningsplan. . Hämtad 31 juli, 2017, från <http://edu.mah.se/OGTAL/-Syllabus>
- Manogue, Michael, Brown, George, & Foster, Helen. (2001). Clinical assessment of dental students: values and practices of teachers in restorative dentistry. *Medical Education*, 35(4), 364-370. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00733.x
- Marton, Ference, & Säljö, R. (1997). Approaches to learning. I F. Marton, D. Hounsell & N. J. Entwistle (Red.), *The experience of learning: Implications for teaching and studying in higher education* (2 uppl., ss. 39-58). Edinburgh: Scottish Academic Press.

- Masella, Richard S. (2007). Renewing professionalism in dental education: overcoming the market environment. *Journal of Dental Education*, 71(2), 205-216.
- Mast, Marianne Schmid. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315-318. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.005
- Mauksch, Larry B, Hillenburg, Lena, & Robins, Lynne. (2001). The establishing focus protocol: training for collaborative agenda setting and time management in the medical interview. *Families, Systems & Health*, 19(2), 147-147. doi: 10.1037/h0089539
- McCune, Velda, & Hounsell, Dai. (2005). The development of students' ways of thinking and practising in three final-year biology courses. *Higher Education*, 49(3), 255-289.
- McDowell, Liz. (2012). Assessment for learning. I L. Clouder, C. Broughan, S. Jewell & G. Steventon (Red.), *Improving student engagement and development through assessment: Theory and practice in higher education* (ss. 73-85): Routledge.
- McKenzie, Carly T. (2014). Dental student attitudes towards communication skills instruction and clinical application. *Journal of dental education*, 78(10), 1388-1396.
- Mead, Nicola, & Bower, Peter. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Misra, S., Daly, B., Dunne, S., Millar, B., Packer, M., & Asimakopoulou, K. (2013). Dentist-patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Prefer Adherence*, 7, 543-549. doi: 10.2147/ppa.s43255
- Morreale, Sherwyn P., & Backlund, P. (2007). Large Scale Assessment in Oral Communication P12 and Higher Education (3 uppl.). Washington: National Communication Association.
- Morreale, Sherwyn P., & Pearson, Judy C. (2008). Why Communication Education is Important: The Centrality of the Discipline in the 21st Century. *Communication Education*, 57(2), 224-240. doi: 10.1080/03634520701861713
- Moumjid, Nora, Gafni, Amiram, Bremond, Alain, & Carrere, Marie-Odile. (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Medical Decision Making*, 27(5), 539-546.

- Naik, Aanand D, Street, Richard L, Castillo, Diana, & Abraham, Neena S. (2011). Health literacy and decision making styles for complex antithrombotic therapy among older multimorbid adults. *Patient education and counseling*, 85(3), 499-504.
- Nash, D. A. (2007). On ethics in the profession of dentistry and dental education*. *European Journal of Dental Education*, 11(2), 64-74. doi: 10.1111/j.1600-0579.2007.00448.x
- Nationalencyclopedia. (2017a). Kommunikation.
- Nationalencyclopedia. (2017b). Information.
- Nationalencyclopedia. (2017c). Samtal.
- Newsome, PRH, & Wright, Gillian H. (1999). A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British dental journal*, 186(4), 166-170.
- Nicol, David. (2010). From monologue to dialogue: improving written feedback processes in mass higher education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 35(5), 501-517.
- Nicol, David, & Macfarlane-Dick, Debra. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in higher education*, 31(2), 199-218.
- Noel, Gordon L, Herbers, Jerome E, Caplow, Madlen P, Cooper, Glinda S, Pangaro, Louis N, & Harvey, Joan. (1992). How well do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? *Annals of Internal Medicine*, 117(9), 757-765.
- O'Donovan, Berry, Price, Margaret, & Rust, Chris. (2008). Developing student understanding of assessment standards: A nested hierarchy of approaches. *Teaching in Higher Education*, 13(2), 205-217.
- OECD. (2005). The OECD's Definition and Selection of Competencies (DeSoCo) Project: OECD.
- Ogden, Charles Kay, & Richards, Ivor Armstrong. (1923). *The meaning of meaning: A study of the influence of thought and of the science of symbolism*.
- Olsson, L. E., Ung, E. J., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 22(3-4), 456-465.
- Orrell, Janice. (2006). Feedback on learning achievement: rhetoric and reality. *Teaching in Higher Education*, 11(4), 441-456. doi: 10.1080/13562510600874235

- Otter, S. (1995). Assessing competence: the experience of the enterprise in higher education initiative. *Assessing competence in higher education*. London: Kogan Page, 43-64.
- Parsons, Talcott. (1968). *Professions*. I *International Encyclopaedia of the Social Sciences* (Vol. 12). New York: The Macmillan Company and The Free Press.
- Peirce, Charles Sanders. (1974). *Collected papers of charles sanders peirce* (Vol. 5): Harvard University Press.
- Pintrich, Paul R, & Zusho, Akane. (2007). Student motivation and self-regulated learning in the college classroom. I R. P. Perry & J. C. Smart (Red.), *The scholarship of teaching and learning in higher education: An evidence-based perspective* (ss. 731-810). Dordrecht: Springer Science & Business Media.
- Politi, M. C., Col, N. F., & Han, P. K. J. (2007). Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making*, 27(5), 681-695. doi: 10.1177/0272989X07307270
- Ponzer, S., & Hylin, U. (2004). Standardized patients - good help in teaching. They function as stand-ins in training of consultation and clinical skills / Standardiserade patienter - god hjälp i undervisningen. Fungerar som stand-in vid träning av konsultation och undersökningsteknik. *Läkartidningen*(42), 3240.
- Ramaprasad, Arkalgud. (1983). On the definition of feedback. *Systems Research and Behavioral Science*, 28(1), 4-13.
- Ramsden, Paul. (2003). *Learning to teach in higher education* (2 uppl.). London: RoutledgeFalmer.
- Rider, E. A., & Keefer, C. H. (2006). Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, 40(7), 624-629.
- Rodgers, Carol. (2002). Defining reflection: Another look at John Dewey and reflective thinking. *Teachers college record*, 104(4), 842-866. doi: 10.1111/1467-9620.00181
- Rogers, Russell R. (2001). Reflection in Higher Education: A Concept Analysis. *Innovative Higher Education*, 26(1), 37.
- Rolfe, Isobel, & McPherson, Jean. (1995). Formative assessments: How am I doing? *Lancet*, 345(8953), 837.
- Roter, Debra. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 5-15. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00086-5
- Roter, Debra, Larson, Susan, Shinitzky, Harold, Chernoff, Robin, Serwint, Janet R, Adamo, Graceanne, & Wissow, Larry. (2004).

- Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*(2), 145.
- Rozier, R. Gary, Horowitz, Alice M., & Podschun, Gary. (2011). Dentist-patient communication techniques used in the United States: the results of a national survey. *Journal Of The American Dental Association* (1939), 142(5), 518-530.
- Rubin, Rebecca B. (2009). Interaction Involvement Scale. I R. B. Rubin, P. Palmgreen & H. E. Sypher (Red.), *Communication Research Measures* (ss. 187-192). London and New York: Routledge.
- Rubin, Rebecca B, & Graham, Elizabeth E. (2009). Measures of Interpersonal Communication. I R. B. Rubin, P. Palmgreen & H. E. Sypher (Red.), *Communication Research Measures* (ss. 21-36). London and New York: Routledge.
- Rust, Chris. (2002). The Impact of Assessment on Student Learning: How Can the Research Literature Practically Help to Inform the Development of Departmental Assessment Strategies and Learner-Centred Assessment Practices? *Active Learning in Higher Education*, 3(2), 145-158. doi: 10.1177/1469787402003002004
- Rust, Chris, O'Donovan, Berry, & Price, Margaret. (2005). A social constructivist assessment process model: how the research literature shows us this could be best practice. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 30(3), 231-240. doi: 10.1080/02602930500063819
- Rust, Chris, Price, Margaret, & O'Donovan, Berry. (2003). Improving Students' Learning by Developing their Understanding of Assessment Criteria and Processes. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 28(2), 147.
- Röing, Marta, & Knutsson Holmström, Inger. (2014). Involving patients in treatment decisions – a delicate balancing act for Swedish dentists. *Health Expectations*(4), 500. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00778.x
- Sadler, D. Royce. (1989). Formative assessment and the design of instructional systems. *Instructional Science*, 18(2), 119-144. doi: 10.1007/BF00117714
- Sadler, D. Royce. (1998). Formative assessment: Revisiting the territory. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 5(1), 77.
- Sadler, D. Royce. (2009). Transforming holistic assessment and grading into a vehicle for complex learning. I G. Joughin (Red.),

- Assessment, learning and judgement in higher education* (ss. 45-63): Springer.
- Sambell, K., McDowell, L., & Brown, S. (1997). "But is it fair?" : An exploratory study of student perceptions of the consequential validity of assessment. *Studies in Educational Evaluation*, 23(4), 349-371.
- Sanders, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695. doi: 10.1080/01421590903050374
- Sandman, Lars, & Munthe, Christian. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*(1), 60. doi: 10.1007/s10728-008-0108-6
- Sanz, M, & Meyle, J. (2010). Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: A Consensus report of the 1st European workshop on periodontal education – position paper 2 and consensus view 2. *European Journal of Dental Education*, 25. doi: 10.1111/j.1600-0579.2010.00621.x
- Saunders, M. N. K., & Davis, S. M. (1998). The use of assessment criteria to ensure consistency of marking: Some implications for good practice. *Quality Assurance in Education*, 6(3), 162-171. doi: 10.1108/09684889810220465
- Sbaraini, Alexandra, Carter, Stacy M, Evans, R Wendell, & Blinkhorn, Anthony. (2012). Experiences of dental care: what do patients value? *BMC health services research*, 12(1), 177.
- Schouten, Barbara C, Hoogstraten, Johan, & Eijkman, Michiel A. J. (2003). Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*(5), 368.
- Schramm, W. (1997). How communications works. I A. Wells & E. Hakanen (Red.), *Mass media & Society*: Ablex Pub.
- Sepucha, Karen, Ozanne, Elissa, Silvia, Kerry, Partridge, Ann, & Mulley, Jr Albert G. (2007). An approach to measuring the quality of breast cancer decisions. *Patient Education and Counseling*, 65, 261-269. doi: 10.1016/j.pec.2006.08.007
- Shannon, Claude E, & Weaver, Warren. (1949). *The mathematical theory of communication*: University of Illinois press.
- Shute, Valerie J. . (2008). Focus on Formative Feedback. *Review of Educational Research*(1), 153. doi: 10.3102/0034654307313795

- Sidnell, Jack. (2006). Coordinating gesture, talk, and gaze in reenactments. *Research on Language and Social Interaction*, 39(4), 377-409.
- Silverman, Jonathan, Kurtz, Suzanne, & Draper, Juliet. (2005). *Skills for communicating with patients* (2 uppl.). Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Patientlag 2014: 821, 2014:821 C.F.R. (2016).
- Tandvårdslag (1985:125) (2017).
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 - stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spencer, Lyle M, & Spencer, Phd Signe M. (2008). *Competence at Work models for superior performance*. John Wiley & Sons.
- Stensmo, Christer. (2007). *Pedagogisk filosofi*. Lund: Studentlitteratur.
- Stevens, Dannelle D, & Levi, Antonia J. (2013). *Introduction to rubrics: An assessment tool to save grading time, convey effective feedback, and promote student learning*. Stylus Publishing, LLC.
- Strauss, Ronald, Mofidi, Mahyar, Sandler, Eugene S., Williamson Iii, Robert, McMurtry, Brian A., Carl, Linda S., & Neal, Edward M. (2003). Reflective Learning in Community-Based Dental Education. *Journal of Dental Education*, 67(11), 1234.
- Street, Jr Richard L., Makoul, Gregory, Arora, Neeraj K., & Epstein, Ronald M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015
- Struyven, Katrien, Dochy, Filip, & Janssens, Steven. (2003). Students' perceptions about new modes of assessment in higher education: A review. I M. Segers, F. Dochy & E. Cascallar (Red.), *Optimising new modes of assessment: In search of qualities and standards* (ss. 171-223). Dordrecht: Springer.
- Struyven, Katrien, Dochy, Filip, Janssens, Steven, & Gielen, Sarah. (2006). On the dynamics of students' approaches to learning: The effects of the teaching/learning environment. *Learning and Instruction*, 16, 279-294. doi: 10.1016/j.learninstruc.2006.07.001
- Sudau, Fabian, Friede, Tim, Grabowski, Jens, Koschack, Janka, Makedonski, Philip, & Himmel, Wolfgang. (2014). Sources of information and behavioral patterns in online health forums: observational study. *Journal of medical Internet research*, 16(1).

- Sullivan, Katie R., & Kedrowicz, April A. (2011). (Re)Situating Communication in the Disciplines: Taking Gender into Account. *Communication Education*, 60(4), 389-405.
- Taconis, R., van der Plas, P., & van der Sanden, J. (2004). The Development of Professional Competencies by Educational Assistants in School-Based Teacher Education. *European Journal of Teacher Education*, 27(2), 215-240.
- Taras, M. (2005). Assessment - Summative and formative - Some theoretical reflections. *British Journal of Educational Studies*, 53(4), 466-478. doi: 10.1111/j.1467-8527.2005.00307.x
- Theaker, E. D., Kay, E. J., & Gill, S. (2000). - Development and preliminary evaluation of an instrument designed to assess dental students' communication skills. - 188(- 1), - 44.
- Torrance, H. (2012). Formative assessment at the crossroads: Conformative, deformative and transformative assessment. *Oxford Review of Education*, 38(3), 323-342. doi: 10.1080/03054985.2012.689693
- Towle, Angela, & Godolphin, William. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7212), 766.
- Utbildningsdepartementet. (2005). Ny värld-ny högskola. Regeringens proposition 2004/05: 162, Stockholm.
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (2015).
- Höskolelag (1992:1434) (2017).
- Van der Molen, HT, Klaver, AAM, & Duyx, MPMA. (2004). Effectiveness of a communication skills training programme for the management of dental anxiety. *British dental journal*, 196(2), 101.
- Vaughan, Caroline. (1991). Holistic assessment: What goes on in the rater's mind. I L. Hamp-Lyons (Red.), *Assessing second language writing in academic contexts* (ss. 111-125). Norwood, NJ: Alex Publishing.
- Verderber, R.F., & Verderber, K.S. (2005). *The Challenge of Effective Speaking* (13 uppl.): Thomson/Wadsworth.
- Vernazza, C. R., Steele, J. G., Ellis, J. S., Thomason, J. M., Eastham, J., Rousseau, N., & Exley, C. (2015). Introducing high-cost health care to patients: Dentists' accounts of offering dental implant treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(1), 75-85. doi: 10.1111/cdoe.12129

- Vinthagen, Stellan. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2 uppl., ss. 73-110). Lund: Studentlitteratur.
- Vostal, Brooks R., McNaughton, David, Benedek-Wood, Elizabeth, & Hoffman, Katie. (2015). Preparing Teachers for Collaborative Communication: Evaluation of Instruction in an Active Listening Strategy. *National Teacher Education Journal*, 8(2), 5-15.
- Walker, K. (2015). Health Information Seeking and Implications for the Operative Dentist. *Operative dentistry*, 40(5), 451-457.
- Walvoord, Barbara E, & Anderson, Virginia Johnson. (2011). *Effective grading: A tool for learning and assessment in college* (2 uppl.): John Wiley & Sons.
- Westberg, Jane, & Jason, Hilliard. (1994). *Teaching creatively with video: Fostering reflection, communication, and other clinical skills* (Vol. 18): Springer Publishing Company.
- Wetzel, Angela P. (2012). Factor analysis methods and validity evidence: a review of instrument development across the medical education continuum. *Academic Medicine*, 87(8), 1060-1069. doi: 10.1097/ACM.0b013e31825d305d
- Wiggins, Grant. (1998). *Educative Assessment. Designing Assessments To Inform and Improve Student Performance*. San Fransisco: Jossey Bass Publishers.
- Winning, TA, Kinnell, A, Wener, ME, Mazurat, N, & Schönwetter, D. (2013). Validity of scores from communication skills instruments for patients and their dental student-clinicians. *European Journal of Dental Education*, 17(2), 93-100. doi: 10.1111/eje.12015
- Wirtz, Veronika, Cribb, Alan, & Barber, Nick. (2006). Patient–doctor decision-making about treatment within the consultation—A critical analysis of models. *Social Science & Medicine*, 62, 116-124. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.017
- Wiskin, C. M. D., Allan, T. F., & Skelton, J. R. (2003). Hitting the mark: Negotiated marking and performance factors in the communication skills element of the VOICE examination. *Medical Education*, 37(1), 22-31. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01408.x
- Wouda, Jan C., & van de Wiel, Harry B. M. (2012). Communication Study: The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling*, 86, 57-62. doi: 10.1016/j.pec.2011.03.011
- Yoshida, Toshiko, Milgrom, Peter, & Coldwell, Susan. (2002). How Do U.S. and Canadian Dental Schools Teach Interpersonal

- Communication Skills? *Journal of Dental Education*, 66(11), 1281.
- Zhou, Yuefang, Cameron, Elaine, Forbes, Gillian, & Humphris, Gerry. (2011). Review: Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Education and Counseling*, 85, 4-13. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.002
- Zijlstra-Shaw, S, Robinson, PG, & Roberts, T. (2012). Assessing professionalism within dental education; the need for a definition. *European Journal of Dental Education*, 16(1). doi: 10.1111/j.1600-0579.2011.00687.x
- Zimmerman, Barry J. (2002). Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview. *Theory Into Practice*, 41(2), 64.
- Zimmermann, A. C., & Morgan, W. J. (2016). A Time for Silence? Its Possibilities for Dialogue and for Reflective Learning. *Studies in Philosophy and Education*, 35(4), 399-413. doi: 10.1007/s11217-015-9485-0

BILAGOR

- Bilaga 1: Kriterier för workshopsrollspel
- Bilaga 2: Förteckning över de bedömningsinstrument som utgör utgångspunkt för konstruktionen av ASDM-instrumentet
- Bilaga 3: Färdigheter i tidigare bedömningsinstrument i förhållande till ASDM-instrumentet

Bilaga 1: Kriterier för workshopsrollspel

- Description
 - Describe the situation without prejudice and in relevant detail.
- Analysis
 - Analyse the situation from the perspective of all of those involved – Why do they act as they do?
 - Suggest professional actions to be taken in order to handle the situation.
 - Discuss potential consequences of the proposed actions.
 - Argue for an appropriate solution to the situation.
- Communication
- Information sharing
 - The student recognizes the patient's preferred (or current) mode of communication and selectively chooses the most effective mode of communication for the situation.
 - The student explains using words that patient can understand (i.e. no use of confusing terms or jargon laden language).
- Eliciting information from patient
 - The student assesses the patient's understanding of problem by using both open and closed questions as appropriate.
 - The student demonstrates effective listening in a way that the patient feels heard and understood (i.e. uses non- verbal cues such as nodding, pausing, maintaining eye contact, and verbal skills including back-tracking, reflecting, mirroring).
 - The student takes the patient's perspective into consideration, including the patient's individual concerns, beliefs, and expectations.
 - The student respects the patient's cultural and ethnic beliefs, practices and language.

- The student tackles personal questions sensitively.
 - The student asks if patient has any questions.
- Reaching agreement
 - The student includes the patient in choices and decisions to the extent s/he desires.
 - The student checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans.
 - The student asks about the patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans.
- Providing closure
 - The student summarizes the session.
 - The student asks if the patient has any further questions, concerns, or other issues.
 - The student sets the agenda for follow-up encounters in collaboration with the patient.
 - The student clarifies contact arrangements.
- Reflection
 - Identify own strengths and areas in need of further development in their analytical and communication skills.
 - Suggest improvements to their own performance.

Bilaga 2: Förteckning över de bedömningsinstrument som utgör utgångspunkt för konstruktionen av ASDM-instrumentet

Instrument	Description	Development	Method of assessment	Scale	References
The Communication Assessment Tool	Assesses patient satisfaction with communication	Adapted from use within medicine	Patient rating	5-point scale	(Waylen, Makoul, & Albeyatti, 2015)
Calgary-Cambridge guides Communication process skills	Presents a comprehensive repertoire of skills to be used as required within doctor-patient communication	Communication skills derived by expert consensus	All types	Checklist	(Silverman et al., 2005; Skinner, Lekkas, Winning, & Townsend, 2012)
Combined Outcome Measure for Risk communication And treatment Decision making Effectiveness	Risk communication and confidence in decision	Based on literature review, former scales & focus group interviews with consumers	Patient rating	5-point scale	(Edwards et al., 2003)
Control Preferences Scale	Patients' perceived involvement in decision making	Interviews of patients, based on Charles models of decision making	Patient rating	5-point scale	(Degner & Sloan, 1992; Kremer & Ironson, 2008)

Instrument		Description	Development	Method of assessment	Scale	References
Dental Consultation Communication Checklist	DCCC	Assessment of communication skills	Process-tracking of interaction between dentists and patients	Observer rating	7-point scale	(Theaker et al., 2000)
Decision Evaluation Scale	DES	Patients' perceived involvement in decision making	Based on literature review	Patient rating	5-point scale	(Stalmeier et al., 2005)
Facilitation of Patient Involvement scale	FPI	Perceived facilitation of the involvement in decision making	Literature review and expert validation	Patient rating	6-point scale	(Martin, DiMatteo, & Lepper, 2001)
Master Interview Rating Scale	MIRS	Assessment of interviewing skills	Modification of the Arizona Clinical Interviewing Scale	All types	5-point scale	(Lanning, Brickhouse, Gunsolley, Ranson, & Willett, 2011; Stillman, Sabers, & Redfield, 1976)
The OPTION (observing patient involvement) scale	OPTION	Measures patient involvement	A skills framework based on literature reviews as well as quantitative and qualitative studies	Observer rating	5-point scale	(Elwyn et al., 2003)
Dyadic Option scale	OPTION Dyadic	Measure perception of shared decision making	A modification of the OPTION scale	Clinician and patient rating	4-point scale	(Melbourne, Sinclair, Durand, Légaré, & Elwyn, 2010)

Instrument	Description	Development	Method of assessment	Scale	References
Patient Communication Assessment scale, Student Communication Assessment scale	Measure perception of shared decision making	Literature review of patient satisfaction surveys, input from stakeholders	Patient assessment Self-assessment	5-point scale	(Wener, Schönwetter, & Mazurat, 2011)
Patients' Perceived Involvement in Care Scale	Patients' perceived involvement in decision making	Based on observation of patient-physician interaction	Patient rating	2-point scale	(Lerman et al., 1990)
Modified version of Patients' Perceived Involvement in Care Scale	Patients' perceptions of health care provider communication	Modification of PICS	Patient rating	5-point scale	(Smith, Winkel, Egert, Diaz-Wionczek, & DuHamel, 2006)
The Roter interaction analysis system	Codes and measures interpersonal statements, dividing them into task-focused and socio-emotional exchanges	Based on Roter Interaction Analysis System (RIAS), tested on dentist-patient communication in Sweden	Expert assessment of transcripts	No. Of utterances	(Sondell, Söderfeldt, & Palmqvist, 2003)
Rochester participatory decision-making scale	Assesses physicians' behaviour that encourages patient participation in decision making	Based on informed decision-making model	Observer rating	3-point scale	(Shields, Franks, Fiscella, Meldrum, & Epstein, 2005)

Instrument	Description	Development	Method of assessment	Scale	References
SDM-questionnaire	SDM-Q	Patients' perceived involvement in decision making	Item generation by experts based on SDM model of Elwyn et al. (2000)	Patient rating	4-point scale (Simon et al., 2006)
The 9-item Shared decision making questionnaire	SDM-Q-9	Patients' perceived involvement in decision making	Revision of SDM-questionnaire	Patient rating	6-point scale (Kriston et al., 2010)
Shared decision making questionnaire - physician version	SDM-Q-DOC	Physicians' perspective on the SDM process	Revision of SDM-Q-9 questionnaire	Physician rating	6-point scale (Scholl, Kriston, Dirmaier, Buchholz, & Härter, 2012)

Bilaga 3: Färdigheter i tidigare bedömningsinstrument i förhållande till ASDM-instrumentet

Skills/ Criteria	Scales/instruments															
	CAT	CCGS	COMRADE	CPS	DCCC	DES	FPI	MIRS	OPTION (+ dyadic)	PCAI SCAI	PICS	M-PICS	RIAS	RPAD	SDM-Q	SDM-Q-9/SDM-Q-
Information exchange																
1 Dentists sugges- tions	•	•	•			•	•	•	•		•	•	•	•	•	•
2 Patient contribu- tion	•	•	•				•	•	•		•	•	•		•	
3 Check- ing under- standing	•	•			•			•	•	•			•	•		•
Shared decision making																
4 Negoti- ate treat- ment plan		•	•	•		•		•		•					•	•
5 Mutual- ity/re- spect	•	•								•			•			
6 Forward planning	•	•			•					•					•	•
7 Closure		•			•			•						•		
8 Final Check	•	•			•		•	•	•	•		•		•		
Global communication skills																
9 Lan- guage skills	•	•	•		•			•		•				•		

10 Listen- ing skills – Acknowl- edging	•	•			•		•	•		•	•	•	•			
11 List. skills – Non-inter- ruption	•															
12 Picking up verbal cues		•														
Building relationship skills																
13 Use non-ver- bal com- munica- tion			•													
14 Pick up non-ver- bal cues			•													
15 Atmos- phere			•							•			•			
16 Re- spect	•									•						
17 Empa- thy		•			•			•		•	•					
18 Ac- ceptance		•										•	•			

GENOMFÖRDA STUDIER

STUDIE 1 – ARTIKEL

"I'll Never Forget This": Evaluating a Pilot Workshop in Effective Communication for Dental Students

Artikeln publicerades i Journal of Dental Education, årgång 76, nummer 10.

"I'll Never Forget This": Evaluating a Pilot Workshop in Effective Communication for Dental Students

Henriette Lucander, M.S.; Kerstin Knutsson, Ph.D., D.D.S.; Hanna Salé, Ph.D., D.D.S.; Anders Jonsson, Ph.D.

Abstract: This study evaluated a pilot workshop for teaching communication skills to dental students. The methodology is based on an experiential learning approach, the use of realistic clinical scenarios, simulated patients, and an integrated teaching team of both educational researchers and dentists. Furthermore, the methodology was adapted for short workshops, which is thought to offer better possibilities for frequent and effective training of communication skills throughout the curriculum. The workshop was piloted with groups of six to ten students from the sixth and tenth semesters ($n=94$). Results show that the majority of students found the tasks meaningful and well aligned with how they perceived their future profession as dentists. Most students also thought that they learned from the task. An interesting finding is that students not only found it instructive to practice how to communicate in authentic situations, but that they generally found the workshop to be thought-provoking while at the same time providing structure and intellectual tools for the future. A possible explanation for this finding is the sharing of explicit criteria for high-quality communication.

Ms. Lucander is Lecturer in Media Technology, School of Technology, Malmö University, Sweden; Dr. Knutsson is Professor of Odontological Diagnostic Radiology, Faculty of Odontology, Malmö University, Sweden; Dr. Salé is Oral and Maxillofacial Radiologist, Faculty of Odontology, Malmö University, Sweden; and Dr. Jonsson is Educational Researcher, Centre for Profession Studies, Malmö University, Sweden. Direct correspondence and requests for reprints to Ms. Henriette Lucander, Malmö University, School of Technology, SE-205 06 Malmö, Sweden; 0046-40-6657241 phone; 0046-40-6657706 fax; henriette.lucander@mah.se.

Keywords: communication, dental education, dental students, dentist-patient relations, patient simulation, program evaluation

Submitted for publication 10/4/11; accepted 1/2/12

According to a large Swedish survey, communication is the most crucial factor affecting how satisfied patients are with health care. Those who have experienced situations of poor communication refrain from seeking health care to a much larger extent than those who have more positive experiences.¹ In Swedish dental education, however, learning how to communicate with patients is not always prioritized. A similar situation was reported from a survey of forty U.S. and Canadian dental schools, in which the teaching of communication skills is often not well integrated into the curriculum, does not include any theoretical background, is taught mostly using passive learning techniques, and does not include adequate student evaluation.² Furthermore, there seems to be a relative lack of published work on communication skills in dental education as compared to medical and nursing education, where the amount of curricular time devoted to communication, including the assessment of clinical performance, has been reported to increase in recent years.³⁻⁶

Due to the perceived importance of communication skills in combination with the lack of adequate teaching strategies of these skills, a workshop for

teaching communication skills to dental students was piloted and evaluated in this study. The study is part of a larger project that intends to develop a methodology for not only teaching these skills but assessing students' communication skills as part of their professional development.

Teaching Communication Skills

Although defined slightly differently in different studies, communication skills for professional dentists include the ability to express themselves clearly, to use language that patients can understand, to listen to their patients, and to involve patients in treatment decisions.⁷ A problem, however, is that while it may be quite easy to comprehend criteria for successful communication, actually using communication skills in clinical situations may be much more difficult. This is partly because skillful communication involves not only verbal but also nonverbal communication acts, such as body language, written communication, and pictures (e.g., dental radiographs).⁷

How, then, can communication skills be taught effectively? According to Aspegren, who conducted a review of research about teaching and learning communication skills, the teaching of such skills should be experiential as it has been shown conclusively that instructional methods do not give the desired results.⁴ However, attempts to use clinical skills assessments such as objective structured clinical examinations (OSCEs) for this purpose in dental education have not necessarily led to desirable results. The brief communication skills training described by one group of researchers as "one-shot faculty-facilitated" was not sufficient to improve dental students' communication skills; instead, those authors suggested that a comprehensive training course would likely be more beneficial.⁸ Such a course was described by Hannah et al.: in it, sixty-seven third-year dental students participated in a communication skills course consisting of four two-hour classes.⁹ That course made use of simulated patients, case-based scenarios, videotaped interviews, and class role-plays, and the students rated the course very highly. Furthermore, the students considered communication skills to be a significantly more important component of their education after completion of the course.

One of the main reasons for the positive evaluations in the study by Hannah et al.⁹ is thought to be that the students found the clinical scenarios and the opportunity to practice skills with simulated patients a realistic and challenging learning task. Some students commented that they had encountered similar situations and appreciated the opportunity to practice different approaches in a safe setting. Realistic, clinically based scenarios thus seem to be an important component of effective communication skills programs. The use of simulated patients (actors portraying patients) is another.

Although this program was considered very successful, improvements can always be made, and Hannah et al. suggested that the large group size (sixteen or seventeen students) may have led to lower ratings of tutor sensitivity to students' needs, concerns, and progress than anticipated.⁹ Furthermore, in that study, students were asked to perform in front of their classmates. The authors suggested that it might be better for each student to be videotaped communicating with patients in the absence of their classmates since some students reported that it was difficult to concentrate on the patient with an audience present.

Other potential problems not raised by Hannah et al.⁹ are the fact that small-group training requires a huge workload for faculty and that although com-

munication skills can be taught in courses and are indeed learned there, such skills have been found to be easily forgotten if not maintained by practice.^{4,10} Deveugele et al. therefore suggested that communication skills need to be practiced throughout the entire curriculum since practice every year seems to lead to better acquisition.¹⁰ As a consequence, smaller but recurring workshops on communication skills might be more effective in a longer perspective. Research in medical education has found that significant improvements in communication (such as reduced verbal dominance, increased use of open-ended questions, and increased use of empathy) can follow from short teaching interventions (a total of four hours) based on videotaped interviews with simulated patients and individualized feedback.¹¹

Building on experiences from these previous studies, our study aimed to pilot and evaluate a methodology in which dental students are taught communication skills during a short workshop based on communication events with simulated patients. Through the use of short workshops as opposed to full courses used by Hannah et al.,⁹ the methodology may provide better opportunities for frequent and effective training of communication skills throughout the curriculum. Such a format also means that students have the possibility of practicing their communication skills in various subject areas.

Methods

A workshop on communication skills was piloted during the spring semester of 2011 at the Faculty of Odontology at Malmö University, Sweden, with students from the sixth and tenth semesters (forty-eight and forty-six students, respectively). For the sixth-semester students, the workshop was a compulsory component of a course on oral and maxillofacial radiology, while for the tenth-semester students it was introduced as an extracurricular activity (nevertheless, 80 percent of the students participated). In both groups, the workshop was conducted in small groups of six to ten students.

Overall, the workshop lasted for approximately three hours, and each group was tutored by two educational researchers with the assistance of one of the students' regular teachers in oral and maxillofacial radiology. All tutors involved were employed at the university, and the workshops were carried out within their respective appointments. A list of quality criteria for skillful communication, adapted from

assessment instruments used in medical education^{12,13} and validated through discussions with the teachers in oral and maxillofacial radiology (odontology), was handed out to the students at the beginning of the workshop. The purpose of handing out the criteria was to communicate expectations to the students and to provide them with a tool of thought to guide their learning (see Table 1).

Each assignment was structured by first presenting a situation to the students, which the students had to describe as objectively as possible, without interpretation or bias. For all groups, this first situation was presented as a short movie sequence showing a dentist who had just finished a clinical examination of a new patient. The dentist in the movie suggested that no dental radiographs should be taken this time because the ones from last year's clinical exam were

available. However, the patient felt very uncomfortable with this decision since her former dentist had taken radiographs annually. For the tenth-semester students, the second situation was presented as a radiograph showing a case of apical periodontitis. All groups also had the opportunity to add further situations, which some but not all groups did.

After describing the situation, the students analyzed the situation individually and also suggested measures to be taken. These measures were then to be communicated to a patient, who was role-played by one of the educators. Since the same educator also acted in the movie, the situation could go almost seamlessly from the movie into a role-play. The role-play situation allowed the students to try out different communication strategies and evaluate the effect. Some students took turns acting, while the

Table 1. Criteria for effective communication by dental students in clinical training

Criterion	Description
1. Description	The student ...
2. Analysis	... describes the situation without prejudice and in relevant detail. ... analyzes the situation from the perspective of all of those involved: why do they act as they do? ... suggests professional actions to be taken in order to handle the situation. ... discusses potential consequences of the proposed actions. ... argues for an appropriate solution to the situation.
3. Communication	
3.1 Information-sharing	... recognizes the patient's preferred (or current) mode of communication and selectively chooses the most effective mode of communication for the situation. ... explains using words that patient can understand (i.e., no use of confusing terms or jargon-laden language).
3.2 Eliciting information from patient	... assesses the patient's understanding of problem by using both open and closed questions as appropriate. ... demonstrates effective listening in a way that the patient feels heard and understood (i.e., uses nonverbal cues such as nodding, pausing, maintaining eye contact, and verbal skills including back-tracking, reflecting, and mirroring). ... takes the patient's perspective into consideration, including the patient's individual concerns, beliefs, and expectations. ... respects the patient's cultural and ethnic beliefs, practices, and language. ... tackles personal questions sensitively. ... asks if patient has any questions.
3.3 Reaching agreement	... includes the patient in choices and decisions to the extent s/he desires. ... checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans. ... asks about the patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans.
3.4 Providing closure	... summarizes the session. ... asks if the patient has any further questions, concerns, or other issues. ... sets the agenda for follow-up encounters in collaboration with the patient. ... clarifies contact arrangements.
4. Reflection	... identifies own strengths and areas in need of further development in his or her analytical and communication skills. ... suggests improvements to his or her own performance.

Source: Adapted from Humphris GM, Kaney S. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Med Educ* 2001;34(11):939-45; and Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* 2006;40(7):624-9.

other students watched and commented on how the situation could be improved. Although acknowledging that some students may experience difficulties concentrating on the patient with an audience present (as found by Hannah et al.⁹), this design was used to provide timely feedback to the students. Immediate feedback has been shown to be more effective for learning than delayed feedback for new and difficult tasks, and there is also wide support for using immediate feedback to promote learning and performance on verbal and procedural tasks.¹⁴ Recording students' performance in isolation, in order to watch the movies and give feedback afterwards, might therefore not have the same impact on student learning.

After each role-play, the students analyzed the communication events with the aid of the criteria mentioned, in order to identify strengths and weaknesses in the interaction. The students were also prompted to reflect on their own strengths and weaknesses in terms of communication skills and what they thought was needed in their education to address these weaknesses.

At the end of the workshop, the students evaluated it. A five-point rating scale was utilized, from 1 (low) to 5 (high) for some questions, along with some open-ended questions (Table 2). It should be noted that the workshop was entirely learning-focused and the students were not graded. The students were informed about the purpose of the workshop, and their consent was given by completing the course evaluation form.

Frequency tables were generated for the rating-scale questions in order to analyze the students' ratings. For each question, median and median absolute deviation (which is equivalent to standard deviation

for ordinal scales) were calculated. Ratings from the sixth- and tenth-semester students were compared using a median test in order to investigate whether there was a significant difference between the two groups for $p=0.01$.

Results

All of the students who participated in the communication skills workshop completed the evaluation questionnaire (i.e., 100 percent), although one student answered only the open-ended questions. Most students found the tasks meaningful and well aligned with their future professional role as a dentist (the percentage of students giving these questions a rating of 4 or 5 was over 90 percent) (Table 2). Most students thought that they learned from the task and the criteria were useful for them. The lowest rating was for how typical they thought the situations were (median=3). The MAD values shown in Table 2 demonstrate that students' ratings were clustered around the medians, which means that the dispersion was low. A median test was performed, comparing the ratings of students from different semesters, and a significant difference between semesters was only found for one variable. Students in the tenth-semester group felt significantly more prepared for the task than the sixth-semester students ($p<0.01$).

The students were also asked to give open-ended written feedback in relation to each rating-scale question, as well as about things that could be improved in the workshop design. The results from those questions showed that students generally found the criteria useful because they clarified expectations

Table 2. Percentage of students who rated the workshop on the highest two categories on the rating scale and median and median absolute deviation (MAD) of student ratings

Question	Percentage That Rated Workshop 4 or 5 (n=93)	Median (MAD) (n=93)
1. To what extent did you feel prepared for the task?	73.1%	4 (1)
2. To what extent did you find the criteria useful?	58.1%	4 (1)
3. To what extent do you think that the tasks were aligned with your future role as a dentist?	91.3%	5 (0)
4. How typical do you think that the situations are for professional dentists?	44.6%	3 (1)
5. To what extent do you think the task is meaningful for your future profession?	90.2%	5 (0)
6. To what extent do you think that you learned from the task?	71.8%	4 (0)
7. Is there anything that you would like to change?	N/A	N/A
8. Other comments?	N/A	N/A

Note: The rating scale ranged from 1 (low) to 5 (high). Questions 1-6 had combinations of rating-scale and open-ended questions, while questions 7 and 8 were only open-ended. One student did not answer questions 3-6; for those questions, $n=92$.

and facilitated reflection. As one student expressed it, "They provided a good structure. It felt like I read them as a guide for how to communicate, like notes from a good lecture."

The students were asked how well aligned they thought the tasks were with their future profession and how typical they thought the situations were. Several students thought the situation in which the patient felt uncomfortable with the decision not to take any x-rays was a bit extreme and that it was unrealistic to enter the situation *after* the clinical examination. Still, they acknowledged that similar situations could occur (some students wrote that they had already encountered comparable situations), and although it may not be very frequent, they found the task meaningful as a starting point for discussion and reflection.

Many students found the workshop to be both instructive (i.e., to be given practice in how to communicate) and thought-provoking. As one student commented, "I see communication in a new light. Things you did not notice before are obvious now." Even if most students found the workshop instructive, a small number did not (ten students gave this question a low rating of 1 or 2). As can be seen in the answers from these students, they did not perceive that they learned much either because they felt they knew all about these things before or because they did not think that such personal abilities could be learned from instruction. One student expressed it like this: "It is difficult to learn practical things in an artificial situation; such things are more appropriately learned in the clinic."

When asked how to improve the workshop, a few suggestions were made. Some students suggested they should not write down their reflections but should concentrate on the discussion and that they should be provided with more background information about the patient before acting in the role-play. Most students, however, answered that the workshop needed no improvements. Instead, what they wanted was more frequent workshops of a similar kind, each with a larger number of role-plays and earlier in the program. Furthermore, many students wrote that it was a fun way to learn and that it was a good idea to use educationally skilled instructors together with experts from the dental profession. Obviously, the students were satisfied with the quality of the workshop but not with the quantity.

Discussion

The aim of this study was to evaluate a pilot workshop for teaching communication skills to dental students. The methodology, which built on studies in both medical and dental education, was based on an experiential-learning approach, realistic clinical scenarios, simulated patients, and an integrated teaching team.⁹ Furthermore, the methodology was adapted for short workshops, which are thought to provide better possibilities for frequent and effective training of communication skills throughout the curriculum, as opposed to being limited to a single course and therefore more easily forgotten.

The results showed that the majority of the students found the tasks meaningful and well aligned with their future profession as dentists, although many did not think that the situations were all that typical. Most students also thought they learned from the task and that the criteria were useful for them. The fact that students rated most items highly and that they seemed to appreciate the workshop is consistent with evaluations of previous studies reporting the teaching of communication skills.^{9,15,16} As also seen in the results, the students generally seemed to agree on most points in the evaluation, and the students' ratings across semesters were in accordance with each other. The only exception to the agreement across semesters was that the tenth-semester students felt more prepared for the task than the sixth-semester students due to their greater clinical experience.

Similar to the findings reported by Hannah et al.,⁹ a main reason for the positive evaluations seems to be that the students found the clinical scenarios authentic and meaningful. Other success factors appeared to be the use of a teaching team consisting of professionals from both the educational and dental sciences. As noted by Hannah et al.,⁹ this combination allowed for feedback from various areas of expertise and the possibility of answering a wider range of questions during group discussions.

A small number of students did not find the workshop very instructive, either because they felt that they already knew the content or because they did not think such skills could be learned from instruction. Hannah et al.⁹ also found initial skepticism among the students in their study, which they attributed to the use of the term "communication skills"—a phrase that might lead students to think they will be learning skills they already possess or skills acquired intuitively or through common sense.

Hannah et al. thought this skepticism may have been due to the students' lack of appreciation of the distinct nature of communication skills in clinical settings and that they placed professional communication on a par with everyday conversation. Since the same tendency was seen in our study, although only with a small number of students, there may be a need to explicitly highlight the differences between ordinary conversations and professional communications in order to motivate these students to practice their skills. This could be done theoretically (for instance, by comparing patterns of everyday dialogues with criteria for communications skills) or practically (for instance, by systematically exploring consequences of various modes of communication in simulated situations). There might also be a need to explicitly address the question of professional learning with the students, perhaps by discussing the role of language and reflection in the learning of tacit knowledge.

There were some severe limitations to this study, such as it being a pilot implementation in a single institution with a small sample size; nevertheless, there were clear indications that most students appreciated the workshop as a tool for reflection. They also realized that they needed recurrent practice and that a single workshop was not enough to provide this. As a consequence, they reported that they would like more frequent workshops during their entire dental education and dealing with a wider range of situations.

To implement the workshop as a recurring event, which is very consistent with the intentions of this project, the next step will be to establish standards for communication skills. This can be done by analyzing and comparing through video analysis the performance of sixth- and tenth-semester students. These standards can then be used to track the progress of students during their education, but also to evaluate the efficacy of this and future workshops on communication skills—for instance, through pre- and post-tests or comparison groups. To perform such an evaluation is seen as extremely important, since it is not satisfactory to rely entirely on students' perceptions of learning, which is what was investigated in this study. Instead, there is a need to investigate whether (and to what extent) workshops such as this do indeed aid students in developing the desired skills and learning outcomes and which changes could make them even more effective. This is not to say, however, that students' perceptions are unimportant. On the contrary, that the students perceive the workshop as meaningful

is a necessary—although not sufficient—condition for successful learning, and the positive evaluations by the students therefore suggest it is worthwhile to further develop this workshop design.

REFERENCES

1. Olsson M. Nya tider medför nya krav på läkarna [New demands on physicians in the future]. *Pharm Industry* 2009;12(4):62–4.
2. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S. How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills? *J Dent Educ* 2002;66(11):1281–8.
3. Fernandez A, Wang F, Braveman M, Finkas LK, Haue KE. Impact of student ethnicity and primary childhood language on communication skill assessment in a clinical performance examination. *J Gen Intern Med* 2007;22(8):1155–60.
4. Aspegren K. BEME guide no. 2: teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21(6):563–70.
5. Nestel D, Betson C. An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patient-centered interview. *Br Dent J* 1999;187(7):385–8.
6. Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in medicine: communication in medicine. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999.
7. Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Acad Emerg Med* 2002;9(11):1257–69.
8. Cannick GF, Horowitz AM, Garr DR, Reed SG, Neville BW, Day TA, et al. Use of the OSCE to evaluate brief communication skills training for dental students. *J Dent Educ* 2007;71(9):1203–9.
9. Hannah A, Millichamp J, Ayers KM. A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ* 2004;68(9):970–7.
10. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students: a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns* 2005;58(3):265–70.
11. 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. *Med Educ* 2004;38(2):145–57.
12. Humphris GM, Kaney S. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Med Educ* 2001;34(11):939–45.
13. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* 2006;40(7):624–9.
14. Shute VJ. Focus on formative feedback. *Rev Educ Res* 2008;78(1):153–89.
15. Gorter RC, Eijkman MA. Communication skills training courses in dental education. *Eur J Dent Educ* 1997;1(3):143–7.
16. Pine CM, McGoldrick PM. Application of behavioral sciences teaching by UK dental undergraduates. *Eur J Dent Educ* 2000;4(2):49–56.

STUDIE 2 – ARTIKEL

An Instrument to Assess Dental Students' Competence in Shared Decision Making: A Pilot Study

Artikeln publicerades år 2017 i Journal of Dental Education, årgång 81, nummer 12.

An Instrument to Assess Dental Students' Competence in Shared Decision Making: A Pilot Study

Henriette Lucander

Abstract: Evidence suggests that involving patients in health care decisions has a positive impact on health care outcomes and patients' perception of quality. However, the extent to which dental students are trained in communication and shared decision making (SDM) differs, and studies have identified a need for intensified learning and assessment of this competence. A need to more clearly define and operationalize what it means to be proficient in this area has been identified. The aim of this study was to operationalize communicative and relational skills in a comprehensive assessment instrument for SDM. Relevant skills in information exchange, negotiation, communication, and relationship-building were identified through an extensive review of previous research and instruments for assessing communication competence. Indicators for assessing these skills were formulated. The instrument was submitted to a pilot test in 2016 and evaluated on test content, internal structure, and response processes. The Assessment of Shared Decision Making (ASDM) instrument consists of 18 items addressing various aspects of the construct and three types of skills. Findings suggest that the ASDM represents a valid measure of SDM with three major components. The importance of developing the ASDM lies both in the summative assessment of students' communication with patients and for formative assessment purposes. Once identified, the components essential for SDM can be woven into the curriculum and shared with students. Thus, the ASDM provides a structure that can meet the need for intensified learning and assessment of dental students' competence in communication and SDM.

Ms. Lucander is Lecturer in Media Technology and a Ph.D. student in pedagogy, Faculty of Technology and Society, Malmö University, Malmö, Sweden. Direct correspondence to Ms. Henriette Lucander, Faculty of Technology and Society, Malmö University, 20506 Malmö, Sweden; +46-40-6657241; henriette.lucander@mah.se.

Keywords: dental education, assessment, interpersonal communication, patient care management, dentist-patient relations

Submitted for publication 2/10/17; accepted 5/14/17
doi: 10.21815/JDE.017.108

Previous research has suggested that involving patients in health care decisions has a positive effect on outcomes.¹⁻⁴ Historically, health care providers chose what to disclose about treatment options to a patient, thereby taking full responsibility for the decision making.¹ Recently, as part of patient-centered care, there has been a change towards sharing responsibility for treatment decisions with the patient.^{5,6} Patients have also become increasingly interested in being involved in negotiating a mutual plan for treatment.⁷ This change towards greater patient involvement has been supported by a change in legislation and recommendations, giving patients the right to be active participants in decisions regarding their treatment.^{8,9} Another contributing factor is a decrease in trust in health care providers, in which some members of the public feel that the dentists' priorities have become more self-centered.¹⁰ Patients are also increasingly searching for online information and expect to discuss what they find with their dentists.⁷

Patient involvement affects the relationship between dentist and patient, and dentists may have

problems involving patients in the decision making and negotiating a treatment plan acceptable to both parties.^{11,12} A prerequisite for negotiation is shared understanding, in which the patient needs to understand relevant parts of the dentist's expertise.⁴ Similarly, the dentist needs to have the competence to access and understand the patient's ideas and feelings,¹³ as well as to adjust the communication to the patient's level of knowledge.¹⁴

Dental education could be considered a natural site for acquiring the competence required for shared decision making (SDM).^{15,16} However, the extent to which dental students are trained in communication differs, and Hannah et al. noted even in 2004 a need for intensified learning and assessment of dental students' communication competence.¹⁷ To support student development of professional communication competence as a means to obtain SDM, there is a need to more clearly define what it means to be proficient in this area.¹⁸ The aim of this study was thus to operationalize communicative and relational skills in a comprehensive assessment instrument for SDM.

Shared Decision Making

SDM entails collaborative discussion about treatment options between dentist and patient and is a crucial component of patient-centered care.¹ SDM is based on interpersonal communication consisting of four important skills: giving information, acquiring information from the patient, involving the patient in decision making, and building a relationship with the patient.¹⁹ In SDM, the dentist and the patient interact and share all stages of the decision making process and information flows in both directions.²⁰ This study is based on Charles et al.'s model in which SDM involves at least two participants sharing information with each other.²⁰ In this model, both parties take steps to participate in the process of decision making by expressing and discussing treatment preferences. The process ends with a decision with which both parties agree.

As SDM and its value have been known for the last few decades, one could anticipate that it would be implemented by now. However, a systematic review of 33 studies assessing SDM indicates that this is not the case.²¹ For patients to be involved in decision making, it is imperative that they receive the information that allows them to participate,¹ such as all relevant options including assessment of risk and benefit.²² However, Vernazza et al. found that the scope of information was restricted by the dentist's assessment of clinical and nonclinical patient attributes, the latter including the patient's motivation for dental treatment and financial issues.²³ Direct user charges, common in many health systems worldwide, make SDM in dentistry particularly complicated since the cost of treatment may influence the options presented by the dentist as well as affect the patient's decision making.^{12,23} Dentists also have the responsibility to acquire information from patients and are urged to acknowledge the information given by the patient and discuss its value and accuracy.^{7,24}

When patients are involved in treatment decisions, they can understand the probabilities and their relationship to costs, which leads to more successful patient treatment outcomes.³ As most dentists practice dentistry in solo dental practices or clinics, the responsibility for decisions is usually not shared with other professionals.^{12,25} The decisions should be based on the best available scientific evidence and dentist expertise as well as the values and preferences of the patient and dentist alike.^{26,27} Due to cost of treatment and dental care being elective, in combination with patients' sometimes acting like untrusting consumers,

dentists may find themselves in a situation of conflict between professional duty and business practice.^{12,23}

Impediments for achieving SDM have been identified. First, it has been perceived as more time-consuming than paternalistic decision making, and time pressure was found to be the most frequent perceived barrier for implementing SDM.⁴ Second, SDM was found to alter the power relationship between dentist and patient.²⁸ Azarpazhooh et al. reported that the majority of patients valued collaborative participation in deciding treatment,⁴ while Elwyn et al. found that some patients thought (and disliked) that the doctor was insecure.²⁹ Third, dentists may lack the skills for SDM and for giving relevant and balanced information on risks.¹ Studies found that dentists' attitudes toward SDM need improvement and that dentists struggle to adapt to this new professional role.^{11,12}

Patients' evaluation of medical care may depend more on the affective-relational dimension of communication than the medical-technical.¹³ Increased focus on relational competence may reduce the length of hospital stay and increase perceived quality of service.^{13,30} Patients have been found to seek relationships with professionals in which they find trust, autonomy, expertise, and caring.¹⁸ Nevertheless, building a relationship with patients is frequently forgotten or taken for granted, and Silberman et al. divided the skill to build relationships into three parts, all closely connected to communication competence: paying attention to non-verbal communication, developing rapport, and involving the patient.³¹

Non-verbal communication (including both communicating and interpreting non-verbal communication) was found in one study to be significant for the construction of empathy and has both direct and indirect effects on patients' health outcomes.³² Acceptance of the patient's views and emotions without judgment may be key to developing rapport.³¹ Techniques for involving the patient in the process, such as asking for the patient's opinions and using supportive communication, help to legitimize the patient's perspective, thereby facilitating SDM.^{33,34}

Materials and Methods

As most classroom research in Sweden does not meet the definition of human subjects research, an approval from the Institutional Review Board of Malmö University, Malmö, Sweden, was not required for this study. This study sought to design and evalu-

ate an assessment instrument for SDM that can be used to assess students' progress for both summative and formative purposes.

Instrument Design

To date, there are no instruments specifically designed for assessing SDM in dentistry. Five instruments for assessing more general communication competence developed and/or evaluated in dentistry and dental education were therefore used as a starting point, and relevant items on information-sharing and relationship-building were identified.^{19,35-38} As none of these items focused directly on shared decisions, items from relevant instruments in the area of medicine were also included, in order to obtain a comprehensive list of items relevant for SDM.

The skills for information exchange included providing information, ensuring the patient's contribution of information, and checking that the other party has understood the information provided. Skills for SDM included negotiating a treatment plan while showing respect and acknowledging mutuality, as well as providing closure. These two elements (information exchange and SDM) are sequential. Since communication is essential for SDM, global (i.e., necessary during the entire consultation) communication skills were identified as a third aspect, including using appropriate language (avoiding jargon), listening, and picking up verbal cues. Doctors' interrupting their patients, resulting in a failure to disclose important concerns, has been identified as a problem.³⁹ Therefore, the author decided to also include non-interruption as a listening skill. The fourth and final aspect consists of skills for building relationships: appropriate non-verbal communication, picking up non-verbal cues, and creating an open atmosphere in which respect, empathy, and acceptance are shown (Table 1). Relevant indicators were formulated for assessing these skills. The intention was to stress the equal importance of the dentist's and the patient's view, while still focusing on the dentist's responsibility for involving the patient.

Two dentists who were dental educators reviewed a first draft of the instrument and provided feedback on usability and face validity. This process resulted in two items being modified for increased clarity. All the instruments consulted used ordinal scales ranging from two to seven levels.^{19,35-38} The scales either focused on perceived quality or appearance. In this study, the author decided to use a scale with three levels with response options from inadequate to good. The use of three levels was based

on the fact that communication is a complex task, thus resulting in a range of possible actions. Initially there is a need for reaching a consensus about what is acceptable for a professional dentist in various circumstances, while scoring criteria and refinements of the scale can be pursued in future research.

Communication competence consists of three types of communication skills: content, process, and perceptual skills.³¹ Competence is defined as encompassing knowledge, skills, and attitudes that need to be integrated and utilized appropriately.⁴⁰ Content skills define *what* is communicated and process skills *how* the communication is carried out. Perceptual skills refer to how the communicating parties are handling and displaying what they are thinking and feeling based on their attitudes and beliefs, as well as how they display their attentiveness of feelings and thoughts of the other party. It should be noted that these three types of skills were identified for analytical purposes, so that the teaching and assessment of these skills can be more specific and efficient. It is not suggested that they should be taught or assessed in isolation from each other. The items in the instrument were categorized according to the three types of skills (Table 1).

Evaluating the Instrument

In this study, focus was on evidence based on test content, internal structure, and response processes. Furthermore, evidence from three sources of validity is presented: traditional content validity, expert review, and pilot testing. The statistical analyses provided evidence based on internal structure and response processes.

Data from workshops on training of communication skills and SDM with dental students were used to pilot the instrument. These workshops were performed in years three and five of dental education at the Faculty of Odontology at Malmö University during the spring semester in 2011⁴¹ and consisted of role-play situations with a simulated patient, in which student consent was given by completing the course evaluation form. The case used was a situation in which the dentist and the patient had different opinions on a treatment plan. The workshops were videotaped, resulting in 29 role-play performances. The communication in the recordings was transcribed to avoid having the raters recognize the students, and ten of the 29 transcripts were randomly selected for this study. Items 13 and 14 were not part of this evaluation since they include non-verbal communication not visible in the transcripts.

Table 1. Aspects/skills, indicators, and scale of assessment instrument for shared decision making

Aspect/Skill	Indicator	1= inadequate	2=adequate	3=good	0=not applicable
Information exchange					
1. Content: dentist's suggestions	Signposts available options including evidence of prognosis. Signposts own preference.	☐	☐	☐	☐
2. Content: patient contribution	Invites the patient to contribute information, thoughts, ideas, suggestions, and preferences.	☐	☐	☐	☐
3. Process: checking understanding	Uses deliberate techniques to check patient understanding of content.	☐	☐	☐	☐
Shared decision making					
4. Process: negotiate treatment plan	Negotiates mutually acceptable plans in partnership with patient.	☐	☐	☐	☐
5. Perceptual: mutuality/respect	Creates atmosphere of mutuality/respect through patient participation and involvement in decision making.	☐	☐	☐	☐
6. Process: forward planning	Forward planning: what the interviewer will do; what the patient will do; when (time of next communication or appointment).	☐	☐	☐	☐
7. Process: closure	Closure: summarizes session briefly and clarifies plan of care.	☐	☐	☐	☐
8. Process: final check	Asks if the patient has any further questions, concerns, or other issues.	☐	☐	☐	☐
Global communication skills					
9. Process: language skills	Uses appropriate language and structuring. Content is free of medical terms and jargon.	☐	☐	☐	☐
10. Process: listening skills, acknowledging	Acknowledges patient's view and information by providing verbal encouragement, using short statements, and echoing when appropriate.	☐	☐	☐	☐
11. Perceptual: listening skills, non-interruption	Does not interrupt.	☐	☐	☐	☐
12. Process: picking up verbal cues	Picks up verbal cues from patient; checks out and acknowledges as appropriate.	☐	☐	☐	☐
Building relationship skills					
13. Process: use non-verbal communication	Uses appropriate eye contact, posture, and facial expressions.	☐	☐	☐	☐
14. Process: pick up non-verbal cues	Picks up non-verbal cues from patient; checks out and acknowledges as appropriate.	☐	☐	☐	☐
15. Process: atmosphere	Spends time on social talk.	☐	☐	☐	☐
16. Perceptual: respect	Shows respect, and avoids speaking in hostile/condescending manner.	☐	☐	☐	☐
17. Perceptual: empathy	Encourages patient to express feelings.	☐	☐	☐	☐
18. Perceptual: acceptance	Accepts legitimacy of patient's views and feelings; is not judgmental.	☐	☐	☐	☐
Note: Items 1 and 2 are content skills; items 5, 11, 16, 17, and 18 are perceptual skills; and the remaining items are process skills.					

Three raters, all dentists who were dental educators at the Faculty of Odontology at Malmö University, who had not been involved in the role-play situations or in the development of the instrument, were asked to test the instrument. The instrument

was briefly introduced to the raters (15 minutes) by explaining the items. Each rater then assessed all ten transcripts individually and marked their ratings in an assessment sheet, resulting in three assessment sheets for each of the ten performances.

Validity evidence based on internal structure was provided by performing a principal component analysis (PCA), in which Quartimax rotation was used to produce the minimum number of factors to explain the variance. Results from the Kaiser-Meyer-Olkin measure for sampling adequacy and Bartlett's test of sphericity indicated the adequacy of the analysis. Cronbach's alpha was calculated to estimate the degree of homogeneity of each grouping obtained in the analysis.

In all situations in which raters assessed the degree to which the observed behavior corresponded to certain levels of a competence, skill, or other construct of interest, some subjectivity would be present in the ratings. Thus, an estimate of interrater reliability was important, as it had implications for the validity. Validity evidence was therefore provided by consensus estimates using percent agreement. If raters assessed a behavior with a high degree of agreement, it was considered an indication of the raters' sharing a common interpretation of the construct. As the scale had only four levels, there was a risk for percent-agreement being artificially inflated, due to the fact that most observations fell into a single category. Thus, an additional consensus estimate of interrater reliability was computed for each item, using Cohen's weighted kappa statistic.

Consistency estimates using the Spearman's rank coefficient were computed to evaluate the raters' consistency in scoring the items. It is not necessary for two raters to agree on scores in absolute terms, but it is important that each rater scores consistently for the instrument to be reliable.⁴² For the comparison of ratings across all three raters, Cronbach's alpha was calculated for each item. For an overview of the differences among the raters, a calculation of average rating for each item by the three raters for all ten transcripts was made.

Results

Validity evidence was provided by an extensive literature review of previous research and existing measures of communication and SDM, thereby warranting that all items in the instrument were theoretically connected to the latent variable of SDM. (The list of these sources is available from the author.) The three raters evaluating the instrument found the instrument and the items usable and valid, which further added to the validity.

PCA was performed to provide evidence for the internal structure of the instrument: whether the aspects and items identified related to the concept being measured. Prior to the analysis, the suitability

for using PCA was evaluated. Table 2 shows a three-component solution explaining 69.7% of the total variance.

Cronbach's alphas (internal consistency) of the factors were as follows: communication 0.912; closure 0.921; and perceptual 0.764. All Cronbach's alphas exceeded 0.7, which is considered acceptable for research purposes.⁴³ The alpha values for factors one and two were both above 0.9, which indicated a high degree of homogeneity. The instrument was therefore considered to have a satisfactorily high internal consistency.

Consensus estimates (Table 3) were computed to evaluate the level of agreement among the three raters. The results using percent agreement varied between 40% and 100%. A score of 70 or greater was considered as a quality guideline.⁴² When the mean percent consensus was calculated for the three groups, items 2-8, 11, 15, and 16 reached a level of 70% or greater. Landis and Koch suggested that kappa values of 0.41-0.60 are moderate, while values above 0.60 are substantial.⁴⁴

According to Jonsson and Svingby, consensus agreement usually increases if the rubrics are complemented with exemplars and/or training of the raters.⁴⁵ In this study, however, no exemplars were used. Instead, the raters were only briefly introduced to the items in the instrument. Increased training of the raters could result in higher consensus estimates, but a disadvantage of excessive training of raters is that it reduces the statistical independence of the assessments and may thereby affect the validity of the resulting scores.⁴⁶

Consensus estimates of interrater reliability are based on the assumption that raters share a common view of the appropriate performance for a certain indicator in relation to a level on a rating scale. Consistency estimates, on the other hand, are based on the assumption that raters do not need this shared view, as long as each rater scores consistently according to his or her view. In this study, the consensus estimate varied for the items. The calculation of mean statistics (Table 4) for each rater for all items and ten transcripts indicated that rater 1 assigned somewhat lower scores overall, while the mean scores of raters 2 and 3 were fairly similar. Thus, it is relevant to evaluate the consistency estimates.

The calculation of Spearman's rank coefficients (Table 3) indicated that most items had *rs* values of 0.70 or higher ($p < 0.05$), which is considered acceptable.⁴⁷ Cronbach's alpha is an indication of the internal consistency, and the findings suggested that the three raters in this study were addressing a commonly shared construct.

Table 2. Principal component analysis of the instrument

Aspect/Skill	Component Loadings		
	1 Communication	2 Closure	3 Perceptual
Information exchange			
1. Content: dentist's suggestions	0.841	0.013	-0.295
2. Content: patient contribution	0.797	0.009	-0.064
3. Process: checking understanding	0.602	0.450	-0.281
Shared decision making			
4. Process: negotiate treatment plan	0.892	0.022	0.083
5. Perceptual: mutuality/respect	0.897	0.118	-0.269
6. Process: forward planning	0.584	0.619	0.300
7. Process: closure	0.567	0.685	0.145
8. Process: final check	0.487	0.772	0.096
Global communication skills			
9. Process: language skills	0.467	-0.689	0.284
10. Process: listening skills, acknowledging	0.558	-0.359	-0.096
11. Process: perceptual, non-interruption	0.008	0.034	0.781
12. Process: picking up verbal cues	0.701	-0.059	0.027
Building relationship skills			
15. Process: atmosphere	0.614	0.205	0.012
16. Perceptual: respect	0.842	-0.231	0.307
17. Perceptual: empathy	0.688	0.099	0.369
18. Perceptual: acceptance	0.592	0.041	0.573

Note: Rotated structure matrix for PCA was with Quartimax rotation of a three-component assessment scale. Items 13 and 14 (on non-verbal communication) were not part of this analysis.

Table 3. Consensus estimates of interrater reliability using percent agreement and Cohen's weighted kappa, and consistency estimates using Spearman's rho and Cronbach's alpha

Skill/Criterion	Percent Agreement				Cohen's Weighted Kappa			Spearman's rho			Cronbach's alpha
	R1-R2	R2-R3	R1-R3	Mean	R1-R2	R2-R3	R1-R3	R1-R2	R2-R3	R1-R3	
Information exchange											
1. Content: dentist's suggestions	70%	70%	60%	67%	0.659	0.634	0.524	0.830	0.796	0.722	0.903
2. Content: patient contribution	90%	90%	80%	87%	0.872	0.878	0.756	0.901	0.901	0.829	0.963
3. Process: checking understanding	80%	80%	80%	80%	0.545	0.583	0.643	0.612	0.807	0.791	0.870
Shared decision making											
4. Process: negotiate treatment plan	60%	90%	70%	73%	0.545	0.894	0.615	0.913	0.949	0.904	0.942
5. Perceptual: mutuality/respect	70%	60%	90%	73%	0.688	0.574	0.886	0.873	0.855	0.964	0.939
6. Process: forward planning	90%	90%	100%	93%	0.839	0.839	1.000	0.885	0.885	1.000	0.973
7. Process: closure	90%	90%	100%	93%	0.902	0.902	1.000	0.861	0.861	1.000	0.993
8. Process: final check	70%	80%	80%	77%	0.429	0.714	0.744	0.574	0.645	0.986	0.923
Global communication skills											
9. Process: language skills	40%	80%	60%	60%	0.286	0.667	0.524	0.791	0.825	0.795	0.900
10. Process: listening skills, acknowledging	40%	70%	70%	60%	0.286	0.605	0.659	0.626	0.702	0.875	0.867
11. Process: perceptual, non-interruption	70%	80%	70%	73%	0.286	-0.111	0.286	0.408	-0.111	0.408	0.516
12. Process: picking up verbal cues	90%	50%	60%	67%	0.821	0.306	0.474	0.849	0.760	0.643	0.833
Building relationship skills											
15. Process: atmosphere	90%	80%	70%	80%	0.808	0.706	0.500	0.986	0.745	0.714	0.918
16. Perceptual: respect	80%	100%	80%	87%	0.667	1.000	0.667	0.825	1.000	0.825	0.934
17. Perceptual: empathy	60%	60%	30%	50%	0.306	0.524	0.102	0.282	0.674	0.488	0.736
18. Perceptual: acceptance	50%	70%	50%	57%	0.242	0.444	0.286	0.527	0.533	0.497	0.718

Note: Items 13 and 14 (on non-verbal communication) were not part of this analysis.

Table 4. Calculation of mean statistics for each rater for all items and all ten transcripts

Rater	N Statistic	Range Statistic	Mean Statistic	Std. Error Std. Error	Std. Deviation Statistic	Variance Statistic
Rater 1	160	3	1.675	0.074	0.942	0.887
Rater 2	160	3	1.806	0.085	1.073	1.151
Rater 3	160	3	1.831	0.082	1.035	1.072
Valid N (list wise)	160					

Discussion

The aim of this study was to develop and evaluate an instrument for assessing SDM to be used in dentistry. The resulting Assessment of Shared Decision Making (ASDM) instrument consists of 18 items addressing various aspects of the construct (information exchange, SDM, global communication skills, and building relationship skills), as well as three types of skills (content, process, and perceptual). For each item, there are also indicators and a scale in three levels.

The fact that several items loaded on more than one factor indicated that one construct was being measured. The three components are facets of this construct. Furthermore, estimations of interrater agreement and consistency, as well as internal consistency, were made to provide additional evidence of validity. All items in the ASDM were relevant for assessing SDM. However, it could be suggested that the wording of item 5 is too complex, resulting in difficulties in assessing performance. A Spearman's rank-order correlation analysis was run to determine the relationship between the scorings of items 5 and 16 as they both related to respect. There was a strong positive correlation between the two items that was statistically significant ($r_s=0.626$, $p<0.001$). This result could indicate that item 5 is redundant.

The importance of developing the ASDM is primarily for formative assessment purposes, although it may also be used for summative purposes. Once identified, the aspects and skills essential for SDM can be woven into the curriculum and shared with the students. The ASDM can then be used for tracking students' progress, providing feedback, and forming a basis for self-monitoring and self-evaluation. Thus, the ASDM provides a structure that can meet the need for intensified learning and assessment of dental students' communication competence.^{17,18}

Furthermore, communication can be assessed from three perspectives: 1) content, reflecting stu-

dents' knowledge in a specific context; 2) process, ensuring the skills to provide and receive information, as well as negotiating a treatment plan; and 3) the perceptual dimension, which mirrors the attitude of the student and his or her ability to create an atmosphere of mutuality, respect, and empathy. This partition into types of skills can be a way to identify and communicate a need for improvement and further learning to the students. It may also facilitate the amalgamation of communication skills and relational competence. In this study, the perceptual skills seemed to be the most difficult for the raters to agree on since both consensus and consistency estimates were relatively low for these items. This finding may indicate a need for an increased focus on relational skills, which could be facilitated by using the ASDM instrument.

The use of PCA as validity evidence based on internal structure is not optimal and is a limitation of the study. The small data set does not meet the guidelines with regard to sample size as well as the ratio of subjects to variables.⁴⁸ However, as part of a pilot study, the author deemed it interesting to obtain a first estimate before applying the instrument to larger data sets. For future research, exploratory factor analyses (EFA) could be used as validity evidence instead, since PCA does not discriminate between shared and unique variance.

One of the major limitations of the current version of the ASDM instrument is that it uses a scale without any descriptions of the levels of quality. This means that, for instance, students and educators may interpret the levels inadequate, adequate, and good differently. A natural progression for developing the instrument is therefore to provide qualitative descriptors for the levels of quality. There are several methods that may be used for such an endeavor, such as the Delphi technique, in which experts' opinions are collected and processed in iterative cycles to reach a consensus decision.⁴⁹ Another possibility is to use the repertory grid technique, which is a method for

eliciting personal constructs. This method has been used for putting tacit knowledge into words and formulating assessment criteria in aesthetic learning,⁵⁰ which is somewhat similar to formulating levels of quality in the ASDM instrument.

Conclusion

Taken together, the findings of this study suggest that the ASDM represents a valid measure of SDM with three major components: communication, closure, and perception. With the exception of item 11, reliability estimates were satisfactory and could probably be increased further by training of the raters.

Disclosure

The author reported no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Main BG, Adair SRL. The changing face of informed consent. *Br Dent J* 2015;219(7):325-7.
2. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014;96(3):281-6.
3. Bauer J, Spackman S, Chiappelli F, Prolo P. Evidence-based decision making in dental practice. *J Evid Based Dent Pract* 2005;5(3):125-30.
4. Azarpazhooh A, Dao T, Ungar WJ, et al. Clinical decision making for a tooth with apical periodontitis: the patients' preferred level of participation. *J Endod* 2014;40(6):784-9.
5. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087-110.
6. Scambler S, Delgado M, Asimakopoulou K. Defining patient-centered care in dentistry? A systematic review of the dental literature. *Br Dent J* 2016;221:477-84.
7. Walker K. Health information seeking and implications for the operative dentist. *Oper Dent* 2015;40:451-7.
8. Socialstyrelsen. National dental service act (Tandvårdslagen TL). Sweden, 2014.
9. American Dental Education Association. ADEA competencies for the new general dentist. *J Dent Educ* 2017;81(7):844-7.
10. Canadian Dental Association. Fact sheet: Ipsos Reid public opinion survey of dentists and the dental profession. Ottawa: Canadian Dental Association, 2010.
11. Schouten BC, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Dutch dentists' views of informed consent: a replication study. *Patient Educ Couns* 2004;52(2):165-8.
12. Röing M, Holmström IK. Involving patients in treatment decisions: a delicate balancing act for Swedish dentists. *Heal Expect* 2014;17(4):500-10.
13. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A. Experiences of dental care: what do patients value? *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):177.
14. Sondell K. Verbal communication in prosthetic dentistry: input-process-outcome. *Swed Dent J* 2001;146(Suppl):1-113.
15. Carey JA, Madill A, Manogue M. Communications skills in dental education: a systematic research review. *Eur J Dent Educ* 2010;14(2):69-78.
16. Broder HL, Janal M. Promoting interpersonal skills and cultural sensitivity among dental students. *J Dent Educ* 2006;70(4):409-16.
17. Hannah A, Millichamp CJ, Ayers KMS. Undergraduate dental students. *J Dent Educ* 2004;68(9):970-7.
18. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 2 trust. *Int Dent J* 2005;55(3):168-70.
19. Theaker ED, Kay EJ, Gill S. Development and preliminary evaluation of an instrument designed to assess dental students' communication skills. *Br Dent J* 2000;188(1):40-4.
20. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. *Soc Sci Med* 1999;49(5):651-61.
21. Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Heal Expect* 2015;18(4):542-61.
22. Schouten BC, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. *Community Dent Oral* 2003;31(5):368-77.
23. Vernazza CR, Rousseau N, Steele JG, et al. Introducing high-cost health care to patients: dentists' accounts of offering dental implant treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43(1):75-85.
24. Thierer TE, Handelman SL, Black PM. Effects of perceived patient attributes on dentist communication behavior. *Spec Care Dent* 2001;21:21-6.
25. Frenkel DA, Lurie Y. Responsibility and liability in health care: some differences between dentistry and medicine. Amsterdam: 4th International Congress on Dental Law and Ethics, 2001.
26. Albino JEN, Young SK, Neumann LM, et al. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education. *J Dent Educ* 2008;72(12):1405-35.
27. Rohlin M, Mileman PA. Decision analysis in dentistry: the last 30 years. *J Dent* 2000;28:453-68.
28. Khoury BS, Khoury JN. Consent: a practical guide. *Aust Dent J* 2015;60:138-42.
29. Elwyn G, Edwards A, Kinnarsley P. Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49(443):477-82.
30. Gittel JH. How relational coordination works in other industries: the case of health care. In: Gittel JH, ed. *The Southwest Airlines way: using the power of relationships to achieve high performance*. New York: McGraw-Hill, 2003.
31. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Publishing, 2005.
32. Nestel D, Betson C. An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patient-centered interview. *Br Dent J* 1999;187(7):385-8.
33. Makoul G. Perpetuating passivity: reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction. *J Health Commun* 2010;3(3):233-59.

34. Street RL, Gordon HS, Ward MM, et al. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care* 2005;43(10):960-9.
35. Wener ME, Schönwetter DJ, Mazurat N. Developing new dental communication skills assessment tools by including patients and other stakeholders. *J Dent Educ* 2011;75(12):1527-41.
36. Sondell K, Söderfeldt B, Palmqvist S. Underlying dimensions of verbal communication between dentists and patients in prosthetic dentistry. *Patient Educ Couns* 2003;50(2):157-65.
37. Waylen A, Makoul G, Albeyatti Y. Patient-clinician communication in a dental setting: a pilot study. *Br Dent J* 2015;218(10):585-8.
38. Skinner VJ, Lekkas D, Winning TA, Townsend GC. Designing relevant and authentic scenarios for learning clinical communication in dentistry using the Calgary-Cambridge approach. *Creat Educ* 2012;3(6):890-5.
39. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283-7.
40. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *Br Med J* 1999;319(7212):766-71.
41. Lucander H, Knutsson K, Salé H, Jonsson A. "I'll never forget this": evaluating a pilot workshop in effective communication for dental students. *J Dent Educ* 2011;76(10):1311-6.
42. Stemler SE. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Pract Assess Res Eval* 2004;9(4):1-19.
43. Muijs D. Doing quantitative research in education with SPSS. 2nd ed. London: Sage Publications, 2011.
44. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.
45. Jonsson A, Svingby G. The use of scoring rubrics: reliability, validity, and educational consequences. *Educ Res Rev* 2007;2:130-44.
46. Linacre JM. Judge ratings with forced agreement. *Rasch Meas Trans* 2002;16(1):857-8.
47. Barrett P. Assessing the reliability of rating data 2001. At: www.pbarrett.net/presentations/rater.pdf. Accessed June 2017.
48. Osborne JW, Costello AB. Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Pract Assessment Res Eval* 2004;9(11):1-9.
49. Fried H, Leao AT. Using Delphi technique in a consensual curriculum for periodontics. *J Dent Educ* 2007;71(11):1441-6.
50. Lindström L. Aesthetic learning about, in, with, and through the arts: a curriculum study. *Int J Art Des Educ* 2012;31(2):166-79.

Tandläkares förmåga att kommunicera muntligt med patienter betraktas som en klinisk kärnkompetens. Trots att det finns såväl riktlinjer som många goda orsaker att utveckla tandläkarstudenters förmåga att kommunicera effektivt, har ett behov av ett mer systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av dessa färdigheter identifierats.

Denna licentiatuppsats avser utbildning på universitets- och högskolenivå i skärningen mellan professionskompetens och högskolepedagogik med särskilt fokus på studenter på tandläkarprogrammet på Malmö universitet. Mer specifikt studeras undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patienter. Syftet är att utveckla fördjupad kunskap om och förståelse för undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient.

Ett undervisningsupplägg iscensätts och prövas, för att stödja utvecklingen av studenters förmåga att kommunicera muntligt med patienter. Utgångspunkten för undervisningsupplägget är att det ska vara möjligt att praktiseras genom hela utbildningen och att det ska bidra till en positiv attityd till lärande av kommunikationsförmåga. Vidare designas och prövas ett bedömningsinstrument, utifrån väsentliga färdigheter och kriterier, för att ge möjlighet att, för såväl formativa som summativa syften, bedöma studenternas förmåga att genomföra professionella samtal – att kommunicera med patient. Uppsatsen bidrar även med ett förslag till ett systematiskt upplägg av undervisning och bedömning av tandläkarstudenters professionella samtal med patient.

ISBN 978-91-7104-502-7 (print)

ISBN 978-91-7104-503-4 (pdf)

ISSN 1653-6037