

Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools

Last year Degner, Jerry and Till (*Can Med Assoc J* 1991; 144: 1417-1418) reported on the Terry Fox Workshop, held Nov. 5 and 6, 1990, in Winnipeg. That workshop, which focused on communication between health care professionals and cancer patients, revealed that there is not only a scientific basis for the art of communication but also a need to improve the quality of communication between patients and their professional caregivers. Recognition of that need led to another national workshop, held Mar. 22 to 24, 1992, in Toronto, which explored the adequacy of the teaching and assessment of communication skills in Canadian medical schools. The conference was sponsored by the Canadian Cancer Society, the National Cancer Institute of Canada, Lederle-Cyanamid Canada, Inc., and Associated Medical Services, Inc. Participants included experts from Canada, Australia, Britain and the United States, representatives from the undergraduate teaching programs of all 16 Canadian medical schools and representatives from postgraduate medical programs, undergraduate medical student organizations, licensing and accrediting bodies, the College of Family Physicians of Canada, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, patient and ethnic groups, and schools of nursing and social work.

Through presentations, panel discussions and small workshops the participants reviewed research evidence, discussed existing approaches to the teaching and assessment of communication skills in medi-

cal schools and affirmed the importance of doctor-patient communication. The participants developed and agreed to the following consensus statement.

General principles¹

1. Doctor-patient communication is an integral component of quality medical care. It has an important and demonstrable influence on many significant patient outcomes.²⁻⁷

2. Rigorous research has revealed major deficits in communication between doctors and patients.⁸⁻¹² This highlights the need for formal training programs at the undergraduate, postgraduate and continuing education levels.

3. Controlled trials have shown that defined teaching strategies can significantly change students' communication knowledge, skills and attitudes.¹³⁻¹⁸

Recommendation

Canadian faculties of medicine should collaborate in initiatives to facilitate the teaching and assessment of communication skills. Such initiatives would include the following.

1. Identification and further development of the necessary knowledge, skills and attitudes fundamental to establishing an effective doctor-patient relationship.

2. Establishment of national objectives for teaching communication knowledge, skills and atti-

Workshop Planning Committee members: Dr. Donald Cowan (chairman), University of Toronto, Toronto, Ont.; Dr. Deborah Danoff, McGill University, Montreal, Que.; Ms. Alison Davis, Canadian Cancer Society, Toronto, Ont.; Dr. Lesley Degner, University of Manitoba, Winnipeg, Man.; Dr. Martin Jerry, Tom Baker Cancer Centre, Calgary, Alta.; Dr. Suzanne Kurtz, University of Calgary, Calgary, Alta.; Dr. Jack Laidlaw, Canadian Cancer Society, Toronto, Ont.; Ms. Alix MacLean, Canadian Cancer Society, Toronto, Ont.; Dr. Jim Till, Ontario Cancer Institute, Toronto, Ont.; Ms. Penny Thomsen, Canadian Cancer Society, Toronto, Ont.

Reprint requests to: Dr. Bruce P. Squires, Editor-in-chief, CMAJ, PO Box 8650, Ottawa, ON K1G 0G8

tudes at all levels of medical education (undergraduate, postgraduate and continuing).

3. Setting of minimal standards of competence.

4. Further development of sensitive, reliable and valid methods for evaluating students' competence and performance, as well as for evaluating programs.

5. Establishment of collaborative faculty development projects in communication.

Requirements for implementation

1. Strong faculty support for a program in doctor-patient communication.

2. Involvement of a significant number of faculty role models, with appropriate academic recognition. These people should be trained in defined communication skills and should represent as many specialties and subspecialties as possible, not just the disciplines of general practice, psychiatry and social sciences.

3. Early introduction of an integrated program in communication skills in the undergraduate curriculum, with continuation through all years of undergraduate training and into postgraduate and continuing education programs.

4. Educational programs in communication that are grounded in the research literature whenever possible.

5. Learning strategies and methods that are largely experiential and involve all the disciplines of medicine.

6. Educational settings that are clinically relevant. For example, information gathering and dissemination could be taught in the context of interviews with real or simulated patients, and aspects of how to break bad news could be taught during the teaching of oncology.

7. Development of students' skills in assessing their performance and that of their peers.

8. Assessment of student performance in communication that is as rigorous and relevant as assessment of performance in other components of the medical curriculum and as important in determining student progress.

9. Learning programs that reflect the needs of all patients, including those of differing ethnic, cultural and socioeconomic backgrounds.

10. Inclusion of competence in communications skills as an important requirement for medical licensure.

11. Inclusion of teaching and assessment of communication skills as important components of medical school accreditation.

12. Support from funding agencies and medical schools for research and development in the field of communication skills.

References

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M et al: Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387
2. Roter DL: Patient participation in patient provider interaction, satisfaction, and compliance. *Health Educ Monogr* 1977; 5: 281-315
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE: Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (suppl 3): S110-S127
4. Headache Study Group of the University of Western Ontario: Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians — a prospective study. *Headache J* 1986; 26: 285-294
5. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L et al: Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6: 29-42
6. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP et al: Psychological outcomes of different treatment policies in women with early cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301: 575-580
7. Stewart MA, Brown JB, Weston WW: Patient-centred interviewing: 3. Five provocative questions. *Can Fam Physician* 1989; 35: 159-161
8. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW: The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 77-82
9. Freeling P, Rao BM, Paykel ES et al: Unrecognized depression in general practice. *BMJ* 1985; 290: 1880-1883
10. Starfield B, Wray C, Hess K et al: The influences of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-132
11. Beckman HB, Frankel RM: The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696
12. Ley P: *Communication with Patients: Improving Satisfaction and Compliance*, Croom-Helm, London, 1988
13. Lipkin M Jr, Quill TE, Napedano RJ: The medical interview: a core curriculum. *Ann Intern Med* 1984; 100: 277-284
14. Gask L, Goldberg D, Boardman A: Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Med Educ* 1991; 25: 444-451
15. Maguire P: Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 1990; 43: 215-216
16. Maguire P, Fairburn S, Fletcher C: Consultation skills of young doctors: benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986; 292: 1573-1576
17. Bowman FM, Goldberg DP, Millar T et al: Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ* 1992; 26: 63-68
18. Poole AD, Sanson-Fisher RW: Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *J Patient Couns Health Educ* 1980; 2: 125-129

Protocole d'accord de l'atelier sur l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication dans les facultés de médecine canadiennes

L'an dernier, Degner, Jerry et Till (*Can Med Assoc J* 1991; 144 : 1417-1418) ont fait rapport sur l'atelier Terry Fox qui a eu lieu les 5 et 6 novembre 1990 à Winnipeg. Cet atelier, qui était axé sur la communication entre les professionnels de la santé et les patients atteints de cancer, a révélé qu'il y a non seulement un fondement scientifique à l'art de la communication mais aussi un besoin d'améliorer la qualité de la communication entre les patients et leurs soignants professionnels. La reconnaissance de ce besoin a donné lieu à un autre atelier national qui s'est tenu du 22 au 24 mars 1992 à Toronto où l'on a étudié la pertinence de l'enseignement et de l'évaluation des techniques de communication dans les facultés de médecine canadiennes. Cette conférence était commanditée par la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada, Lederle-Cyanamid Canada Inc. et Associated Medical Services Inc. Parmi les participants, se trouvaient des experts du Canada, de l'Australie, de la Grande-Bretagne et des États-Unis, des représentants des programmes d'enseignement de premier cycle de l'ensemble des 16 facultés de médecine canadiennes et des représentants des programmes de formation supérieure en médecine, des associations d'étudiants de premier cycle en médecine, des organismes d'agrément et de réglementation, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, des groupes de patients, des groupes ethniques, et des facultés de sciences infirmières et de travail social.

Dans le cadre d'exposés, de tables rondes et d'ateliers restreints, les participants ont examiné les données de recherche, ils ont discuté des approches existantes envers l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication dans les facultés de

médecine et ils ont affirmé l'importance de la communication entre le médecin et le patient. Les participants ont élaboré et accepté le protocole d'accord suivant.

Principes généraux¹

1. La communication entre le médecin et le patient fait partie intégrante des soins médicaux de qualité. Elle influe de façon importante et vérifiable sur de nombreux résultats significatifs chez le patient.²⁻⁷

2. Des recherches rigoureuses ont révélé de nombreuses lacunes dans la communication entre les médecins et leurs patients.⁸⁻¹² Cela dénote un besoin de programmes de formation officiels au premier cycle et en formation supérieure et continue.

3. Des études contrôlées ont démontré que des stratégies d'enseignement précises peuvent modifier en profondeur les connaissances, les compétences et les attitudes des étudiants envers la communication.¹³⁻¹⁸

Recommandation

Les facultés de médecine canadiennes devraient collaborer à des initiatives pour faciliter l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication. Ces initiatives comporteraient les caractéristiques suivantes.

1. Identification et approfondissement des connaissances nécessaires, des compétences et des attitudes fondamentales afin d'établir une relation efficace entre le médecin et le patient.

2. Établissement d'objectifs nationaux d'enseignement des connaissances, des techniques et des attitudes relatives à la communication à tous les

Membres du Comité de planification de l'atelier : Dr Donald Cowan (président), Université de Toronto, Toronto (Ont.); Dr Deborah Danoff, Université McGill, Montréal (Qué.); Mme Alison Davis, Société canadienne du cancer, Toronto (Ont.); Dr Lesley Degner, Université du Manitoba, Winnipeg (Man.); Dr Martin Jerry, Tom Baker Cancer Centre, Calgary (Alb.); Dr Suzanne Kurtz, Université de Calgary, Calgary (Alb.); Dr Jack Laidlaw, Société canadienne du cancer, Toronto (Ont.); Mme Alix MacLean, Société canadienne du cancer, Toronto (Ont.); Dr Jim Till, Institut du cancer de l'Ontario, Toronto (Ont.); Mme Penny Thomsen, Société canadienne du cancer, Toronto (Ont.)

Demandes de tirés à part : Dr Bruce P. Squires, Rédacteur en chef, JAMC, CP 8650, Ottawa, ON K1G 0G8

niveaux de formation médicale (premier cycle, supérieure et continue).

3. Établissement de normes minimums de compétence.

4. Elaboration ultérieure de méthodes sensibles, fiables et valides pour évaluer la compétence et le rendement des étudiants, de même que pour l'évaluation des programmes.

5. Établissement de projets de développement en communication grâce à la collaboration entre les facultés.

Règles de mise en oeuvre

1. Appui important des facultés à un programme de communication entre le médecin et le patient.

2. Participation d'un nombre significatif de modèles de comportement chez les professeurs, avec une reconnaissance universitaire appropriée. Ces personnes devraient avoir une formation dans certaines techniques de communication, et elles devraient représenter autant de spécialités et de sous-spécialités que possible, non pas seulement les disciplines de l'omnipraticque, de la psychiatrie et des sciences sociales.

3. Adoption prochaine d'un programme intégré en techniques de communication au premier cycle qui se poursuivra pendant toutes les années de la formation de premier cycle et des programmes de formation supérieure et continue.

4. Programmes de formation en communication qui, dans la mesure du possible, sont fondés sur des documents de recherche.

5. Stratégies et méthodes d'apprentissage principalement axées sur l'expérience et faisant appel à toutes les disciplines médicales.

6. Contextes éducatifs pertinents au point de vue clinique. Par exemple, la cueillette et la diffusion de l'information pourraient être enseignées dans le contexte des entrevues avec des patients réels ou simulés, et on pourrait enseigner les aspects de la communication de mauvaises nouvelles dans le cadre de l'enseignement de l'oncologie.

7. Perfectionnement des compétences des étudiants en évaluation de leur rendement et de celui de leurs pairs.

8. Une évaluation du rendement en communication des étudiants qui est aussi rigoureuse et pertinente que l'évaluation du rendement dans les autres composantes du programme d'études médicales et est aussi pertinente pour déterminer les progrès des étudiants.

9. Des programmes d'apprentissage qui reflètent les besoins de tous les patients, notamment ceux dont les antécédents ethniques, culturels et socio-économiques sont distincts.

10. L'inclusion de la compétence en techniques de communication à titre d'exigence importante pour l'obtention du permis d'exercice.

11. L'inclusion de l'enseignement et de l'évaluation des techniques de communication à titre de composantes importantes de l'agrément des facultés de médecine.

12. L'appui des organismes de financement et des facultés de médecine à la recherche et au développement dans le domaine des techniques de communication.

Références

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M et al : Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303 : 1385-1387
2. Roter DL : Patient participation in patient provider interaction, satisfaction, and compliance. *Health Educ Monogr* 1977; 5 : 281-315
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE : Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (suppl 3) : S110-S127
4. Headache Study Group of the University of Western Ontario : Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians — a prospective study. *Headache J* 1986; 26 : 285-294
5. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L et al : Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6 : 29-42
6. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP et al : Psychological outcomes of different treatment policies in women with early cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301 : 575-580
7. Stewart MA, Brown JB, Weston WW : Patient-centred interviewing : 3. Five provocative questions. *Can Fam Physician* 1989; 35 : 159-161
8. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW : The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29 : 77-82
9. Freeling P, Rao BM, Paykel ES et al : Unrecognized depression in general practice. *BMJ* 1985; 290 : 1880-1883
10. Starfield B, Wray C, Hess K et al : The influences of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71 : 127-132
11. Beckman HB, Frankel RM : The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101 : 692-696
12. Ley P : *Communication with Patients : Improving Satisfaction and Compliance*, Croom-Helm, London, 1988
13. Lipkin M Jr, Quill TE, Napedano RJ : The medical interview : a core curriculum. *Ann Intern Med* 1984; 100 : 277-284
14. Gask L, Goldberg D, Boardman A : Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills : an evaluation of group training. *Med Educ* 1991; 25 : 444-451
15. Maguire P : Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 1990; 43 : 215-216
16. Maguire P, Fairburn S, Fletcher C : Consultation skills of young doctors : benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986; 292 : 1573-1576
17. Bowman FM, Goldberg DP, Millar T et al : Improving the skills of established general practitioners : the long-term benefits of group teaching. *Med Educ* 1992; 26 : 63-68
18. Poole AD, Sanson-Fisher RW : Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *J Patient Couns Health Educ* 1980; 2 : 125-129