

Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul – udviklingen af et digitalt læringsobjekt

Jane Ege Møller, cand.mag., ph.d., adjunkt, Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet.

Gintas Pociunas, Bachelor of International Business, Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet.

Mads Ronald Dahl, MSc, MI, ph.d., specialkonsulent, Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet.

Faglig artikel (bedømt af redaktionen)

Denne artikel beskriver udviklingen af et narrativt digitalt læringsobjekt: Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul. Dette læringsobjekt er udviklet på Aarhus Universitets adjunktpædagogikums Educational IT-modul med henblik på at indgå i kommunikationsundervisning for sundhedsfagsstuderende og sundhedsprofessionelle under efter- og videreuddannelse. Hjulet er blevet udviklet i samspil mellem kommunikationsundervisere og educational IT-ekspertise. Det bidrager til at løse en didaktisk udfordring ved at visualisere et komplementært forhold mellem sundhedskommunikation som færdighed på den ene side og som kontekstbundet kompleksitet på den anden. Kommunikationshjulet er implementeret på videreuddannelseskurser for yngre læger i Region Midtjylland og har gjort det muligt at erstatte en række ppt-oplæg med mere deltageraktiverende øvelser. Dog er modellens potentiale for egentlige 'blended learning'-aktiviteter endnu ikke udfoldet, og artiklen diskuterer, hvordan dette fremadrettet kan finde sted.

Baggrund

Denne artikel beskriver udviklingen af et digitalt læringsobjekt, nemlig *Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul*. Dette læringsobjekt blev udviklet på Aarhus Universitets adjunktpædagogikums modul 3: Educational IT. Uddannelsesområdet, inden for hvilket dette læringsobjekt er udviklet, er sundhedsfaglig kommunikationsuddannelse og træning.

Inden for præ- og post-graduat, sundhedsfaglig kommunikationsuddannelse er 'alignment' (Biggs & Tang, 2011) imellem læringsmål om at opøve kommunikative færdigheder og reflektiv bevidsthed om kommunikationers kompleksitet, de faktiske aktiviteter, der tilrettelægges i undervisningen, samt de former for assessment, der anvendes, en tilbagevendende udfordring. I denne artikel vil vi primært fokusere på forholdet mellem læringsmål og undervisningsaktiviteter med en beskrivelse af, hvordan Educational IT kan bidrage til en større grad af 'alignment' mellem disse.

Ofte anvendes kommunikationsmodeller som læringsobjekt i træningen til at angive strukturer, faser og kommunikative teknikker i kommunikation, og der eksisterer forskellige modeller for, hvordan kommunikationstræning gribes an (Perron et al., 2015). Flere modeller er udviklet med vægt på at træne, opøve og vurdere kommunikative færdigheder og redskaber hos studerende på sundhedsuddannelser og færdiguddannede sundhedsprofessionelle (Silverman, Kurtz & Draper, 2005; Kurtz, Silverman & Draper, 2005; Makoul & Schofield, 1999). Andre kritiserer disse modeller for i for høj grad at fokusere på enkeltstående færdigheder løsrevet fra kontekstuelle forhold, tidsmæssige forløb og den kompleksitet, som er involveret i den faktiske kommunikation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Her peges på andre helhedsorienterede og kreative elementer (Salmon & Young, 2011; Epstein, 1999).

I England har UK Medical Council formuleret *The Consensus Statement* (von Fragstein et al., 2008), som indeholder en model over centrale begreber i medicinsk kommunikationstræning. Modellen angiver et bredspektret perspektiv på læge-patient kommunikation og er modelleret som et "hjul", hvis forskellige, bevægelige cirkler på dynamisk vis angiver værdigrundlag og tematikker for den medicinske kommunikationstræning i Storbritannien (se figur 2). Inspireret af UK Medical Council's model, initierede vi udviklingen af en modificeret dansk model, som i sit sigte var mere fokuseret på lærings- og undervisningssituationer. Hermed opstod ideen om *det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul*.

Der var flere mål med dette udviklingsprojekt: For det første var det at skabe en kommunikationsmodel, der på én og samme tid a) giver blik for de komplekse sammenhænge og medieringer, som sundhedsprofessionelles kommunikation indgår i, b) viser dynamikken i kommunikation, såvel som c) indeholder et fokus på konkrete teknikker og kommunikative færdigheder. For det andet var det målet at løse et konkret problem i relation til at erstatte en række inaktiverende forelæsninger og oplæg med flere aktive og praktiske øvelser. Sluttelig var målet at udvikle forskellige former for 'blended learning'-initiativer, hvor muligheden for at lave IT-baserede aktiviteter kunne blive udfoldet (Dee Fink, 2003).

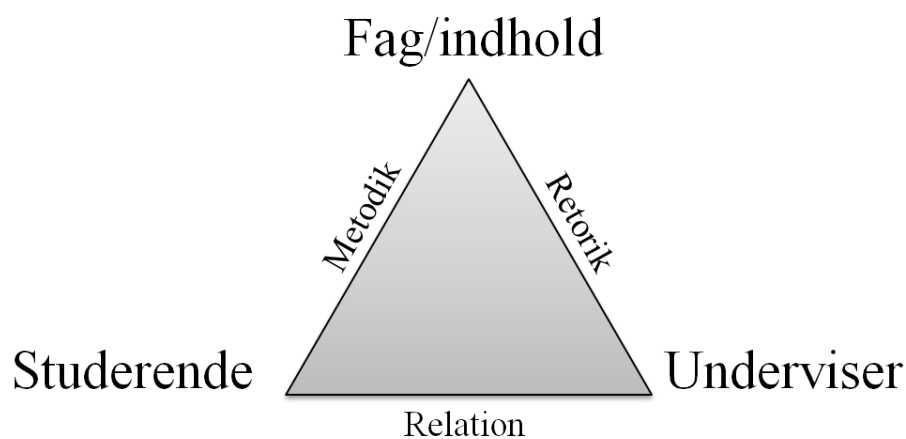
Analogi til didaktiske modeller

Der er både dimensioner vedrørende læringsteori og teori om sundhedskommunikation, som er relevante for udviklingen af det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul, hvilket vil blive udfoldet i det følgende.

Modellen, *det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul*, udspringer af Aarhus Universitets adjunktspædagogikum modul 3: Educational IT. Her er opgaven at gentænke et eget undervisningselement - eller forløb - med inddragelse af digitale undervisningsteknologier. Kurset tager teoretisk afsæt i Gilly Salmons bog *E moder@ting*

(2011), der har et særligt fokus på studentercentrerede undervisningsformer og aktiviteter.

For at illustrere anvendelsen af modeller i uddannelse vil vi i det følgende trække en kort analogi til modeller omhandlende didaktik, da anvendelse af modeller og illustrationer til beskrivelse og forklaring af relationer og mønstre her er udbredt. Med anvendelse af et grafisk modelleret og generaliseret billede kan der tages et fælles udgangspunkt for yderligere forståelse og læring. Fx er den didaktiske trekant/trekant en anerkendt model for læring:



Figur 1. Den didaktiske trekant modificeret efter Stefan Hopmann (1997).

Denne simple model giver i mange tilfælde de nødvendige og tilstrækkelige parametre til at diskutere, om en given undervisningspraksis er hensigtsmæssig, eller om der med fordel kunne tages nye hensyn, som kunne optimere læringsmulighederne.

Denne form for visualisering af elementer i en relation er netop kendetegnende for det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul. Det faglige indholds form bliver formidlet og modelleret på en ny og dynamisk måde. Underviseren må ændre praksis til at kunne anvende det digitale undervisningselement modellen styres af, og den studerende kan i en mere fleksibel indpakning blive aktiveret i undervisningen, bl.a. ved selv at kunne styre elementerne i den på egen pc eller tablet. En vigtig overvejelse i udarbejdelsen af modellen har været at udvikle et så brugervenligt produkt som muligt. Teknologien skal i sig selv ikke være dominerende og besværlig, hvis en underviser med gennemsnitlige IT-kompetencer skal have glæde ved anvendelsen.

Vender vi blikket mod teorier omhandlende kommunikationstræning, så er der som tidligere nævnt forskellige teoretiske perspektiver på, hvordan god uddannelse i kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter sikres. Forskellen går bl.a. på, om kommunikation bedst forstås som en række færdigheder eller 'skills' (Silverman et al. 2005; Kurtz et al. 2005), som kan læres enkeltvis, eller om dette er for instrumentaliseret og reduktivt og i stedet må erstattes af en mere holistisk baseret kommunikationsuddannelse, hvori kommunikation betones som værende et

komplekst fænomen, der læres igennem et 'mindful practice'-framework, primært igennem meditative teknikker og selv-refleksion (Mendick et al., 2015; Salmon & Young, 2011; Epstein, 1999). Andre betoner desuden, hvordan kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patienter/pårørende også er forbundet med narrative strukturer og relationelle aspekter, hvor undervisningen fokuserer på læsning af skønlitteratur og patientfortællinger, reflektiv skrivning og refleksion over relationelle aspekters betydning for kommunikationen (Charon, 2006; Ege, 2012; Eide & Eide, 2005).

Debatten mellem disse positioner er langt fra ny, men frem for at forsøge at påvise hvilken position der er "den mest rigtige" - eksempelvis ved at argumentere for at man skal erstatte 'communications skills' med 'skilled communication' (Salmon & Young, 2011) - synes det mere frugtbart at pege på, hvordan disse forskellige perspektiver må ses som komplementære (Perron et al., 2015; Essers et al., 2013; Zoppi & Epstein, 2002). En analogi til kunstens verden kan her belyse denne grundtanke: Ligesom en jazzpianist må træne adskillige enkeltteknikker for at kunne opnå kunsten at improvisere, så må en sundhedsprofessionel også træne adskillige enkeltteknikker inden for kommunikation for reflekteret og fleksibelt at kunne anvende disse i en kompleks kontekst.

Den didaktiske udfordring bliver nu at tilrettelægge uddannelse og træning i kommunikation, som indfanger denne komplementaritet - fx ved at udvikle modeller, der både indfanger den relationelle kompleksitet, som samtaler udspiller sig i, samtidig med, at et fokus på de enkelte kommunikative redskaber eller 'skills', der skal læres, bibeholdes.

Som læringsobjekt er *Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul* udviklet ift. at kunne rumme alle disse aspekter ved både at kunne anskueliggøre, hvordan samtaler udvikler sig i tidlige forløb eller fortællinger samtidigt med, at disse kunne dissekeres ned i enkeltdele og de enkelte redskaber, der er i spil. Forskellige faser angiver det tidlige forløb samtalen forløber over samtidigt med, at forskellige konkrete redskaber kan relateres til dem. Modellen giver mulighed for at justere på enkelte elementer og dermed ændre samtalens kontekst, hvilket uddybes nedenfor.

Pædagogisk-teknisk udviklingsproces

Selve udviklingsprocessen forløb i forskellige faser med forankring i den agile udviklingsstrategi for applikationsudvikling (Cao et al., 2009). Denne metode bygger på repeterede, iterative udviklingscykluser, hvori der foregår en vekselvirkning frem og tilbage mellem udformning af modelskitser og idé mock-ups og møder med forskellige brugere, hvor modellen afprøves, diskuteres og tilpasses.

Konkret blev den første idé præsenteret for både Education-IT ekspertise og for undervisere på de generelle lægelige videreuddannelsers kommunikationskurser i Re-

gion Midtjylland, og en statisk mock-up model blev skitseret. Herefter fulgte en iterativ fase, hvor en udviklingsgruppe (bestående af forfatterne bag denne artikel) blev dannet og mock-ups diskuteret og forfinet. Udviklingsgruppen afprøvede forskellige versioner og diskuterede pædagogiske, grafiske og tekniske muligheder og udfordringer. Den første digitale mock-up udgave blev kodet i html5 for at sikre, at løsningen blev så fleksibel som mulig i sin endelige anvendelse. Prototypen blev herefter præsenteret på et seminar for undervisere på kommunikationskurserne, som gav feedback til design, indhold, opsætning og funktioner. Herefter blev der fundet tekniske løsninger, der inkorporerede disse ændringsforslag. Det endelige produkt kan ses i figur 3.

Beskrivelse af modellen

Modellen består af fire cirkler i midten kombineret med en kolonne af 11 kommunikationsredskaber i højre side. Når man klikker på hvert enkelt redskab, kommer der et konkret eksempel frem i en boks, fx et eksempel på forskellige typer af spørgsmål. For cirklerne gælder, at mens den inderste er statisk, så er de tre yderste mobile og drejer, når man klikker på dem. Indholdsmæssigt angiver den inderste det individuelle møde, den relation og unikke historie, man som sundhedsprofessionel har til sin patient. Den anden cirkel er udtryk for samtalsstruktur og forskellige faser (Silverman et al. 2005)¹. Tredje cirkel består af et udvalg af kontekstuelle forhold, der spiller en rolle for kommunikationen og for hvilke redskaber og teknikker, der er relevante at bringe i spil. Fx spiller den kliniske kontekst en afgørende rolle for, hvordan samtalen udvikler sig – i et akut forløb vil den indledende fase og indhentning af information se anderledes ud end i en kontrolsamtale med en patient i almen praksis. Det skal understreges, at de kontekstuelle forhold er en selektion, ikke en fuldstændig liste. Kontekstcirklen ændrer altså "fortællingen" ved fx at kunne dreje fra en samtale mellem blot en læge og patient, til at diskutere hvilken forskel, det ville gøre, at have en pårørende eller en tolk mv. med. Yderste cirkel angiver de medier, som samtaler udfolder sig i. Denne cirkel hjælper til at anskueliggøre, hvordan medieringer influerer på samtalerne udfoldelsesmuligheder. Relateret konkret til de kommunikative redskabers mulighedsanvendelse er der fx stor forskel på, hvordan pauser virker i et face-to-face møde og i en telefonsamtale, en formulering i det talte sprog kan virke anderledes end på skrift mv. (se figur 3).

¹ Oversat til dansk: "indlede samtalen, indhente information, formidle information og afslutte samtalen" (Ege, 2010)

Første fase - implementering

Det digitale læringsobjekt blev implementeret som overordnet model og forståelsesramme på den generelle lægelige videreuddannelses kommunikationskurser i Region Midtjylland i august 2015 og har fungeret som sådan siden. På disse kurser for læger i basisuddannelsen indgår introduktion til modellen som en måde at tænke og reflektere over, hvad kommunikation er, og til at illustrere vigtigheden af på den ene side at udvikle færdigheder og teknikker, og på den anden side at være i stand til fleksibelt at anvende disse i forskellige kontekster.

Introduktionen af kommunikationshjuls-modellen har bidraget til at omstrukturere kursusindholdet fra en serie af ppt-oplæg med deltagerinvolvering til enkelte visninger af kommunikationshjulet kombineret med mere praktiske øvelser og træning. Kursisterne synes dermed at opnå en hurtigere forståelse af den kommunikative kompleksitet, de står i, samtidig med, at de i en eksperimentel læringsramme konkret kan arbejde med og afprøve specifikke teknikker eller færdigheder. Det har vist sig, at dette kræver, at modellen introduceres grundigt og rammesættes, idet dens forskellige elementer, og sammenhængen mellem dem, ikke alle er lige tydelige for kursisterne. Modellen giver på den måde ikke helt sig selv og skal udlægges. Dette betyder, at der skal afsættes god tid til at introducere den. Hidtil har dette foregået 'in-class', men kunne også ligge som et 'out of class'-element inden kursusstart.

Undervisernes første erfaringer med at anvende modellen er overordnet positive, idet man oplever, at modellen samler mange forskellige kursuselementer i et visuelt og dynamisk overblik. Dog er der også udfordringer for den enkelte underviser i forhold til at blive fortrolig med modellen og at kunne finde rundt i dens forskellige funktioner. Flere undervisere fortæller, at det har været (og stadig er) nødvendigt at afprøve modellen uden for undervisningssituationen og at sætte sig ind i den og lære, hvordan man kan bruge den. Dette peger altså på, at selvom underviserne på et teoretisk niveau finder, at modellen skaber et hurtigt overblik, så gør den ikke nødvendigvis selve undervisningen nemmere for den enkelte underviser. Denne skal lære en ny måde at undervise på, en ny måde at "komme rundt i en dynamisk model" frem for at "klikke sig frem" i et ppt-oplæg. Denne udfordring tages op på et undervisermøde, hvor forskellige undervisere vil holde oplæg for hinanden med udgangspunkt i modellen og også modtage feedback og udveksle ideer.

Udviklingsmuligheder og diskussion

Som nævnt anvendes *Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul* konkret på Den generelle lægelige videreuddannelses kurser i kommunikation i Region Midtjylland og er på den måde fuldt implementeret i det kursusforløb, den var tiltænkt. Dog er dette også en forholdsvis begrænset anvendelse af modellen, og der er flere elementer, der bør gentænkes og udforskes.

Eftersom modellen er udviklet inden for rammerne af et lægefagligt kursus, angiver den midterste cirkel relationen mellem *Læge* og *Patient*. Dette giver en begrænsning i modellens anvendelsesmuligheder, eftersom andre sundhedsfagsstuderende og professionelle ekskluderes. Der er her to løsningsmuligheder, som bør undersøges: for det første kan *Læge* erstattes af ordet *Sundhedsprofessionel*; alternativt kan modellen være fleksibel, således at det inderste element kan justeres afhængigt af, hvilken type sundhedsprofession, der undervises i.

Derudover anvendes modellen primært som en eksemplifikation af deltagernes erfaringer og som oversigtskabende model og oplæg til in-class-diskussion. Det er altså primært de mål, der relaterede sig til selve den fagdidaktiske overvejelse om at skabe en model, der kunne give blik for både enkelte kommunikationsfærdigheder og den kompleksitet, som sundhedskommunikation er indlejret i, der er blevet indfriet.

Projektets mål om at udvikle egentlige 'blended learning'-tiltag ligger stadig latent i modellen og bør udfoldes:

- **Underbygge hjulet med cases**

Et første udviklingsperspektiv vil være at kombinere selve hjulet med en række cases. En konstruktion af cases vil muliggøre diskussion – både in class og out of class – imellem studerende og kursister om, hvilke kommunikative redskaber, der vil være relevante i de forskellige cases, samt muliggøre en løbende diskussion af, hvilken betydning, det har for éns samtale, når man "drejer hjulet", hvad enten det er samtalefasen, kontekst eller mediering, der er i spil.

- **Justeringsmuligheder for hjulets kompleksitet og udvikling af undervisnings-spørgsmål**

At udvikle undervisningsspørgsmål, som kan integreres i modellen, vil gøre det muligt at lave online-refleksionsfora, såvel som net-baserede, kompetencevurderende aktiviteter. Undervisningsspørgsmål kunne fx relatere sig til, hvilke forandringer de forskellige redskaber undergår, når der "drejes på hjulet". Dette kunne fx danne basis for åbne, refleksive svarmuligheder fra studerende i form af en kompetencevurdering, før et kursus/undervisningsforløb tager sin begyndelse.

- **Online kursus for undervisere**

En sidste udviklingsmulighed, som bør forfølges, er at udvikle tiltag, der kan gøre det muligt for andre undervisere i sundhedskommunikation at bruge modellen. Et sådant tiltag kunne fx tage form af en manual, der ligger tilgængelig online sammen med modellen, eller et online-baseret 'train the trainers'-kursus i pædagogisk anvendelse af kommunikationshjulet. Herved vil under-

visere, for hvem det kunne være relevant, få mulighed for at bruge læringsobjektet i deres undervisning af og kurser for studerende på sundhedsfag og efter/videreuddannelse af sundhedsprofessionelle.

Konklusion

Ved at tage udgangspunkt i en struktureret, fleksibel og narrativ model kan deltage-re i sundhedsfaglig kommunikationsundervisning og træning (studerende og sundhedsprofessionelle) få blik for flere redskaber, værdier og anskuelser end hvad, der i første omgang ville virke selvfølgelig for dem hver især. Modellens visualisering for-ener de enkelte teknikker og 'skills', som anvendes i sundhedsfaglig kommunikation, med reflektiv færdighed og blik for den komplekse dynamik, som sundhedskommunikation udspiller sig i.

Implementeringen af modellen i undervisningen har vist, at selvom det er en model, der på et teoretisk niveau er meningsfuld for underviserne, og giver dem et hurtigt overblik, så følger det ikke heraf, at den konkrete undervisningspraksis med udgangspunkt i hjulet lykkes uden videre. Underviserne må lære at anvende modellen. De skal gøre noget andet end hidtil, både helt konkret teknisk og pædagogisk. Der må derfor skabes rum for, at dette kan læres. Der er dermed begrænsninger ved modellen, og i det hele taget mangler meget af modellens potentiale at blive implementeret og udfoldet.

Det sundhedsprofessionelle kommunikationshjul er dog stadigvæk et eksempel på, hvordan adjunkt-pædagogikum ved at kombinere forskellige fagligheder og sætte læringsteoretisk og education IT-fokus på et konkret fagområde (her sundhedskommunikation) skaber grobund for, at man kan gentænke elementer i sine undervisningsforløb. Der gives et rum og stilles nogle aktiviteter til rådighed, som resulterer i konkrete produkter, der digitaliserer den undervisning, der faktisk foregår på universiteter og i efter/videreuddannelse.

Educational IT er en af overskrifterne på moderniseringen af universitetets undervisning og pædagogik, som sætter uddannelse på dagsordenen. En af visionerne for Educational IT er at styrke integrationen mellem studerende, underviser og indhold. Denne integration og fleksibilitet i samarbejdet er blevet realiseret i dette konkrete undervisningselement i kommunikationsundervisningen. Modellens virkeområde og anvendelsesfelt begrænser sig dog ikke kun til det konkrete kursus men vil på sigt også kunne indgå i forskellige andre undervisningsforløb, ved andre institutioner og muligvis også på andre fagområder, hvor kommunikation er et centralt fag.

Jane Ege Møller er cand.mag., ph.d., adjunkt ved Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet og faglig kursusleder for den lægelige videreuddannelses kurser i kommunikation, Region Midtjylland. Hendes interesse- og forskningsområder omfatter interpersonel sundhedskommunikation, praksisfilosofi og sundhed, medicinsk

pædagogik og læring, narrativitet og medicin, samt kvalitative forskningsmetoder. Jane har været deltager på adjunktpædagogikum.

Gintas Pociunas er Bachelor of International Business. Han er datamatiker og tilknyttet Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet, som akademisk medhjælper.

Mads Ronald Dahl er MSc, MI, ph.d.. Han er specialkonsulent ved Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser. Hans forskningsinteresser og arbejdsområde ligger inden for educational IT og hvordan teknologi, såsom blended learning, mobile teknologier mv. kan bringes i anvendelse, så det løfter kvaliteten i sundhedsvidenskabelig uddannelse. Mads er underviser på adjunktpædagogikum.

Litteratur

- Biggs, J. & Tang, C. (2011). *Teaching For Quality Learning At University. What the Student Does*. (4th edition). New York: Society for Research into Higher Education & Open University Press,
- Cao, L. Mohan K., Xu, P. & Ramesh, B. (2009). A framework for adapting agile development methodologies. *European Journal of Information Systems*, 18(4), 332-343.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Story of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Dee Fink, L. (2005). Integrated course design. *Idea paper 42*. Manhattan (Kansas): The IDEA Center. http://ideaedu.org/wp-content/uploads/2014/11/Idea_Paper_42.pdf
- Ege Møller, J. (2012). *Patienten med kronisk sygdom – udfordringer og muligheder i samtalen*. Undervisningshæfte Region Midtjylland, Kvalitet og lægemidler: Viborg.
- Ege Møller, J. & Carlsson, P. S. (2010): *Kommunikation med patienter. En introduktion*. Aarhus: Wisby og Wilkens.
- Eide, H. & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Essers G., van Dulmen, S., van Es, J., van Weel, C., van der Vleuten, C., & Kramer, A. (2013). Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 567-72.
- Hopmann, Stefan. (1997). Wolfgang Klafki och den tyska didaktiken. I U. Uljens (red.): *Didaktik – teori, reflektion och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Kurtz, S., Silverman J. & Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. (2nd edition). Oxford: Radcliff Publishing Ltd.

- Makoul, G. & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 191–5.
- Mendick, N., Young, B., Holcombe, C. & Salmon, P. (2015) How do surgeons think they learn about communication? A qualitative study. *Medical Education*, 49(4), 408-416.
- Perron N. J., Sommer J., Louis-Simonet M. & Nendaz, M. (2015). Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Medical Weekly*, 145: w14064.
- Salmon, G. (2011). *E-moderating: The Key to Teaching and Learning Online*. New York: Routledge.
- Salmon, P. & Young, B. (2013). The validity of education and guidance for clinical communication in cancer care: evidence-based practice will depend on practice-based evidence. *Patient Education and Counseling*, 90(2.), 193–9.
- Salmon, P. & Young, B. (2011). Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Medical Education*, 45, 217-226.
- von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing A., Quilligan S., Salisbury, H. & Wiskin, C. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–1107.
- Zoppi, K. & Epstein, R.M. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine*, 34(5), 319–24.