
Konsultasjonsundervisning i medisinstudiet – studentenes evaluering

KLINIKK OG FORSKNING

ANDERS BÆRHEIM

Email: anders.barheim@isf.uib.no

EIVIND MELAND

EDVIN SCHEI

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Medisinstudentene ved Universitetet i Bergen gjennomgår siste studiehalvår, i allmennmedisinsk termin, et konsultasjonskurs på 16 undervisningstimer. Kurset vektlegger strukturert trening av konsultasjonselementer samt trening i selvevaluering og i å gi kollegial tilbakemelding. Kurset baserer seg i stor grad på studentenes egenaktivitet og erfaringsbasert læring. Vi har evaluert kurset ved hjelp av fokusgruppeteknikk og et fritekstbasert spørreskjema. Transkripsjon fra fokusgruppene og fritekst fra spørreskjemaene ble analysert med kvalitativ metode.

Vi identifiserte tre hovedkategorier av utsagn knyttet til læringsprosessen: Studentene fortalte om gleden ved å arbeide med seg selv i en forandringsprosess, om nytten, men også ubehaget ved selvevaluering, og om å bli hemmet av faglig usikkerhet.

Basert på studentenes rapporter konkluderer vi med at kurset i pasientsentrert klinisk metode ser ut til å sette i gang en endringsprosess hos mange studenter, basert på forståelse og refleksjon rundt egen konsultasjonsstil. Studentenes evaluering peker også på at vi bør øke våre bestrebelser på å ivareta den enkelte student i en krevende undervisningsform som eksponerer deltakernes sårbarhet.

Det siste studiehalvåret gjennomgår medisinstudentene ved Universitetet i Bergen et konsultasjonskurs på 16 undervisningstimer. Det arrangeres i den siste terminen før avsluttende eksamen, i allmennmedisinsk termin. Kurset starter med trening ved hjelp av rollespill i spesifikke deler av den pasientsentrerte konsultasjonen, og avsluttes med gruppebasert evaluering av ekte konsultasjoner gjennomført av studentene. Kurset er nærmere beskrevet i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1).

Innøving av konsultasjonsferdigheter krever trening, og kurset baserer seg i stor grad på studentenes egenaktivitet. De trener de enkelte delene av konsultasjonen ved rollespill i grupper på tre: lege, pasient og observatør, og får umiddelbar tilbakemelding på prestasjonen fra medstudenter og lærer. Treningen alternerer med refleksjon i plenum og korte tematiske gjennomganger fra lærer. Etter ti timers kurs tar studenten opp en konsultasjon med reell pasient på video, som evalueres i smågrupper.

Vi har drevet kurset siden 1998, og det er dermed på tide å dele erfaringer med andre. Vi vil i denne artikkelen kartlegge studentenes selvrapporterte forståelse av og erfaringer med kurset, samt deres refleksjoner rundt egne konsultasjonserfaringer.

Materiale og metode

Vi har evaluert konsultasjonskurset langs to akser: et fokusgruppeintervju og en skriftlig fritekstevaluering av undervisningen.

Fokusgruppeintervju

Konsultasjonskurset i februar 1998 ble evaluert av studentene ved to fokusgrupper. 11 av de 22 studentene som nettopp hadde gjennomgått kurset, sa seg villig til å fungere som informanter.

Den ene forfatteren (EM) gjennomførte begge fokusgruppeintervjuene. Vi hadde på forhånd formulert følgende tre elementer i en intervjuguide som intervjueren prøvde å få svar på med åpne spørsmål og oppfordringer til utdypning. Spørsmålene eller oppfordringene var:

- – Fortell om en opplevelse du lærte mye av under kurset.
- – Fortell om en opplevelse som var ubehagelig og som blokkerte for læring.
- – Hva gjør du annerledes i din kliniske praksis etter kurset?

Fokusgruppemøtene ble tatt opp på lydbånd, som ble transkribert. Teksten ble gjennomgått av to av forfatterne (EM og AB) hver for seg med tanke på å identifisere utsagn, opplevelser og meninger. En av oss (AB) brukte fenomenologisk metode som beskrevet av Giorgi (2). Først ble materialet lest og elementer som bekreftet forforståelse strøket. Så ble meningsbærende enheter identifisert, gruppert og kodet. Mening ble abstrahert fra hver av de kodede gruppene, og innholdet i gruppene ble summert i kategorier. Den andre (EM) anvendte en metode for analyse av fokusgruppeintervjuer (3) og «kritisk hendelse»-metodikk (4). Deretter samordnet vi kategoriene og ble enige om hovedkategorier.

Skriftlig evaluering

Den skriftlige evalueringen bestod av et spørreskjema der studentene ble oppfordret til å skrive i fritekst hva de hadde lært så langt og hva de ville ta med seg videre fra kurset. 29 av 36 deltakere besvarte den skriftlige evalueringen våren 2000.

Disse tekstene ble også analysert med fenomenologisk metode som beskrevet av Giorgi (2).

I en siste analyse ble resultatene fra fokusgruppeintervjuene og den skriftlige evalueringen samordnet.

Resultater

Vi presenterer analysen av transkripsjonene fra fokusgruppene og den skriftlige fritekstevalueringen samlet. Sitater fra de to kildene merkes henholdsvis F og S.

Om å se pasienten, og om å føle seg tryggere

Studentene følte at de var blitt flinkere til å møte pasienten på vedkommendes hjemmebane, utvikle gjensidig respekt, forstå pasientens forventninger, forestillinger og forutsetninger og til å gi pasienten bekræftelse og anerkjennelse. Noen fortalte om viktigheten av å kunne lytte til det pasienten har å si, og om å være oppmerksom på det underliggende budskapet i det pasienten sier. Andre følte seg også mer rustet til å spille på pasientens lag og forstod bedre pasientens følelsesmessige og menneskelige behov, slik at de kunne innrette konsultasjonen etter den enkelte.

«Jeg har fått innblikk i hvordan det må være for pasienten å sitte i konsultasjon med meg» (S).

Om å forstå konsultasjonen, og om å arbeide med seg selv

Mange studenter rapporterte at rollespillene gav dem mulighet for realistisk trening. Kurset gav dem et konkret mønster for struktur på konsultasjonen, med bedre effektivitet, oversikt og kontroll. De fikk lettere frem pasientens historie og bestillinger, og de kunne få tak i pasientens oppfatning av tiltakene de foreslo, hva pasienten syntes var viktigst.

- «Hvis jeg klarer å holde kjeft to sekunder, får jeg det gratis. Det var veldig nyttig å se at det virkelig fungerer» (F).
- «Konsultasjonen ble mer utbytterik for både pasienten og meg som lege» (S).

Studentene beskrev observasjon av egen og andres mestring i rollespillene som en lærerik prosess, med trening i å gi tilbakemelding og med muligheter for korreksjon av egne uvaner, uten at det gikk utover egen stil.

- «Rollepillene viser godt hvordan jeg tar for mye styring i en konsultasjon – det må jeg jobbe videre med!» (S).
- «altså, hun merket hvordan pasienten var Hun var på pasientens nivå» (F).

Konsultasjonsmodellen ble opplevd som et verktøy til å evaluere deres eget konsultasjonsarbeid. De lærte å observere seg selv under en konsultasjon, rapporterte at de i større grad kunne sette ord på hva de gjorde bra og hva som kunne vært bedre.

- «Jeg er litt mer sikker på at jeg takler rollen som lege» (S).
- «Jeg kan stole på at det jeg kan og gjør er OK» (S).
- «At jeg faktisk gjorde en del ting som fungerte, men som jeg var ubevisst over når jeg gjorde det. Når jeg vet det, kan jeg bruke det. () Det var en aha-opplevelse» (F).

Andre ganger fungerte det dårligere, studentene gikk ikke inn i rollene:

«(det) ble vanskelig fordi det satt en medisinstudent som bare satt og nikket og gjorde ingenting med spillet» (F).

Enkelte ville også foretrekke at lærerne i større grad demonstrerte konsultasjonsferdigheter under kurset, slik at de kunne brukes som rollemodeller.

Flere uttrykte at kurset representerte noen første skritt på en lang vei:

«Ikke at jeg er blitt flinkere nå, men at jeg blir mer bevisst under læringsprosessen som vil skje når man jobber i turnus» (F).

Andre savnet at konsultasjonsferdigheter og -bevissthet ikke var aktuelt eller omtalt mens studentene hadde undervisning i andre kliniske fag:

«Og i løpet av hele denne perioden på sykehuset har det liksom ikke vært noen ting i det hele tatt i forhold til dette her» (F).

Selvevalueringens problem – og ubehaget ved endring

En del opplevde tanken på å prestere noe for selvevalueringen som hemmende:

« at du blir fort sittende og tenke på hva er det jeg skal gjøre nå, hva er det som trengs, hva skal være med nå, liksom. I stedet for å konsentrere seg om hva det var man egentlig skulle gjøre!» (F).

Andre beskrev ubehaget ved å være gjenstand for refleksjon og endring:

- «du blir provosert av å tenke på hva du sier, hvordan du sier det, og hvordan andre oppfatter det» (F).
- «Det var traumatisk, men samtidig lærerikt» (F).

Det ble imidlertid opplevd som greiere og mer ufarlig å trene i rollespill fremfor i en konsultasjon med en ekte pasient. Bevisstheten om at samtlige ble utsatt for denne form for læring, syntes også å senke smertenivået:

«Det viktigste for meg er at jeg vet at vi alle skal gjennom dette» (F).

En student hadde betydelig angst for å se seg selv på video:

«Dette er jævlig, jeg klarer ikke å se på meg selv, jeg blir bare sånn» (F).

Å bli hemmet av faglig usikkerhet

Flere studenter opplevde at kunnskapsmessige svakheter ble tydeliggjort under videoopptaket av en reell konsultasjon, og at denne usikkerheten hemmet for bruken av konsultative teknikker:

«Når man føler at man har faglige svakheter, blir man veldig opphengt i de faglige svakheteene, og så klarer man ikke å konsentrere seg om at samtalen går bra» (F).

Diskusjon

Studentene våre poengterte nytten av å erfare effekten av egen handling i konsultasjonssammenheng, og hvordan disse erfaringene kunne brukes i videre selvutvikling.

Evalueringen er basert på fokusgruppeintervju og skriftlig evaluering i fritekst. Kvalitative metoder er velegnet til å forstå mellommenneskelige prosesser, ved at de gir rom for den rikdom og mangfoldighet som preger menneskers erfaringer. Validiteten av fokusgruppeintervju kan imidlertid begrenses av gruppeprosesser som kan hemme eller forsterke enkelte responser og opplevelser (5). Fokusgruppemetodikk har også vært kritisert for manglende validitet med tanke på konsistens i analysen (6). En styrke i *denne* studien var at fokusgruppeintervjuene ble analysert av to av forfatterne, som foretok hver sin uavhengige analyse før kategorier ble samordnet. Fokusgruppeintervjuene ble også validert mot studentenes skriftlige fritekstutsagn. Vi fant stor grad av sammenfall, men også at de to kildene supplerte hverandre.

Gyldigheten av kunnskap er til sjuende og sist avhengig av om den kan brukes til noe. Kunnskapens brukbarhet kalles pragmatisk validitet (7). Den viktigste valideringen av våre funn er med andre ord om kunnskapen som funnene genererer, oppleves av leseren som verdifull for egen (pedagogisk) praksis. Mange studenter rapporterer at kurset induserer endring, ofte med økt profesjonell selvforståelse som resultat, om enn prosessen kan være smertefull.

I fokusgruppeintervjuet snakket studentene om både positive og ubehagelige erfaringer, mens den positivt orienterte ledeteksten for den skriftlige evalueringen gjorde at vi først og fremst fikk utdypet positive erfaringer. Resultatene er også mer varierte i den skriftlige evalueringen, mest sannsynlig fordi studentene ikke kunne påvirke hverandres svar.

Det er et sentralt punkt i læring av komplekse ferdigheter at studentene for å kunne innøve nye ferdigheter må bli klar over egne ferdigheter og hvordan disse kan videreutvikles. Mye ferdighetstrening ved de ulike medisinstudiene i Norge lider under at studentene ikke får umiddelbar og konkret tilbakemelding på sine prestasjoner (8).

Flere forskere har funnet at spesifikk konsultasjonstrening øker evnen til selv læring (9), og Remmen og medarbeidere har i en sammenliknende studie mellom universiteter i Belgia (Gent og Brussel) og Nederland (Maastricht og Groningen) vist at ferdighetstrening og selvevaluering ikke bare fremmer studentens tilegnelse av ferdigheter, men også evnen til å lære nye ferdigheter i fremtiden (10). Universiteter med tradisjonell studieplan, og det gjelder ikke bare de belgiske, lider ofte under at studentene får for lite spesifikk ferdighetstrening. Klinisk anvendelse av teoretisk kunnskapsstoff er i seg selv en kompleks ferdighet, og mange norske studenter forteller at de føler seg faglig usikre ved overgangen fra studium til turnus. Norske studieplaner kan sannsynligvis vinne på at man overveier å flytte hovedvekten fra formidling av

kunnskap til innlæring av ferdigheter. Dette er ressurskrevende, men våre erfaringer viser at tilbakemelding på prestasjon for en stor del kan besørjes av studentene selv når det pedagogiske rammeverket legges til rette for det.

En del av studentene våre påpekte at klinisk usikkerhet gjorde det vanskelig å trene konsultative elementer. Parallelt til dette finner Colliver og medarbeidere en sammenheng mellom klinisk kompetanse og interpersonelle og kommunikative ferdigheter hos medisinstudenter (11). Ifølge dette arbeidet kan det se ut til at innlæring av klinisk teoretisk kompetanse og komplekse konsultasjonsferdigheter potensierer hverandre i læringsprosessen. Dette impliserer ikke bare at konsultasjonstrening bør foregå i nær tilknytning til klinisk undervisning, men også at de enkelte kliniske fagene kan profitere på å legge konsultasjonstrening med pasienter fra eget fagområde inn i sin undervisning. En slik konsultasjonstrening foregår allerede blant annet i uketjenesten, men pasientarbeidet i uketjenesten er ofte ustrukturert og tilfeldig. Det foregår også ofte uten at noen observerer prosessen, slik at studenten ikke får tilbakemelding på konkret prestasjon i møtet med pasienten. Dessuten er interaksjonen annerledes mellom studenten og pasienten under journalopptak enn i en konsultasjon.

Dessverre ser det også ut til at trening av selv enkle ferdigheter blir for tilfeldig under uketjeneste og utplassering. Erfaringer fra ferdighetslaboratorier tyder på at ferdigheter bør trenes i spesielt tilrettelagt pedagogisk setting, med vekt på tilbakemelding «under aksjon». Tilbakemeldingen synes nødvendig for at studentene skal kunne videreutvikle egne kognitive strategier så vel som mer oppfattelsesmessige og prosedyremessige ferdigheter (12). I kurset legger vi hovedvekt på å gi slik tilbakemelding, men også på å trene studenten til å gi og ta imot kollegial tilbakemelding.

Vil så konsultasjonstrening kunne indusere økt mestring av konsultasjonsferdigheter hos studentene? I en fersk oversiktsartikkel finner Hulsman og medarbeidere få positive studier om effekt av å trene kommunikasjonsferdigheter hos leger (13). Dette kontrasteres av Gask, som i flere arbeider rapporterer effekt i form av vedvarende endret atferd etter trening av komplekse ferdigheter (14). Spesielt har hun vist hvordan video-gjennomgang i smågrupper bedrer legers ferdigheter (15).

Albaret & Thon viser at nivået av kognitiv innsats bestemmer langtidsresultatet ved trening av enkle fysiske ferdigheter (16). Jo mer komplekse ferdigheter som skal trenes, desto vanskeligere blir det for studenten å få nødvendig kognitiv oversikt til å mestre full treningsinnsats. Dermed vil vår modell, der studentene trener begrensede konsultasjonselementer, kunne øke muligheten for positiv treningseffekt. Ved at treningen foregår i smågrupper og etterfølges av feedback på egen videokonsultasjon, styrkes treningseffekten.

Flere studenter opplevde det som ubehagelig å bli evaluert med tanke på endring. Dette er sannsynligvis både en allmenn og en nødvendig erfaring. Når studentene våre opplever slikt ubehag, er det sannsynlig at konsultasjonskurset har brakt dem til et punkt der selvinnsett gjør endring mulig. Dette er en sårbar posisjon. I kurset har vi lagt inn en del sikkerhetsnett rundt studentene, slik at smertefulle erfaringer kan tas hånd om. Vi starter kurset med skrive- og samtaleøvelser, slik at studentene kan bli sikrere på sin «egen stemme». Vi legger også vekt på at studentene skal ha rikelig anledning til å sette ord på prosessen, både i smågrupper og i plenum. Ved at kurset er obligatorisk, hevder studentene, minsker traumet av en slik krevende læringsform. Det er mindre smertefullt å «dumme seg ut» sammen.

Mange studenter bemerket at de lærte nye konsultasjonsferdigheter på kurset, ofte med en aha-opplevelse. Imidlertid skapte også kurset usikkerhet og famling knyttet til ny læring, selvevaluering og klinisk usikkerhet. Famling kan tyde på at endring er i gang, at studenten har fått et potensial for faglig egenutvikling, slik at hun med økende klinisk erfaring kan finslipe ferdighetene i pakt med egen faglig og personlig arbeidsstil. Ideelt sett burde denne utviklingsprosessen vært startet tidlig og vært en integrert del av all klinisk læring i studiet. Den enkelte student kunne motivert seg selv til å følge selvformulerte læringsmål underveis i prosessen. Dette er det foreløpig ikke rom og kompetanse for i den bergenske studieplanen.

Basert på studentenes rapporter konkluderer vi med at kurset i pasientsentrert klinisk metode ser ut til å sette i gang en endringsprosess hos mange studenter, basert på forståelse og refleksjon rundt egen konsultasjonsstil. Studentenes evaluering peker også på at vi bør øke våre bestrebelser på å ivareta den enkelte student i en krevende undervisningsform.

LITTERATUR

1. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2258 – 61.
2. Giorgi A. Sketch of psychological fenomenological method. I: Giorgi A, red. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985: 8 – 22.
3. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Beverly Hills: Sage Publications, 1988.
4. Bradley CP. Turning anecdotes into data – the critical incident technique. Fam Med 1992; 9: 98 – 103.
5. Carey AM, Smith MW. Capturing the group effect in focus groups: a special concern in analysis. Qual Health Res 1994; 4: 123 – 7.
6. Weinberger M, Ferguson JA, Westmoreland G, Mamlin LA, Segar DS, Eckert GJ et al. Can raters consistently evaluate the content of focus groups? Soc Sci Med 1998; 46: 929 – 33.
7. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 1996: 163 – 71.
8. Lundeby T, Trønnes H, Falck G. Unge legers selvrapporterte praktiske ferdigheter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2849 – 53.
9. Smith RC, Osborn G, Hoppe RB, Lyles JS, van Egeren L, Henry R et al. Efficacy of a one-month training block in psychosocial medicine for residents: a controlled study. J Gen Intern Med 1991; 6: 535 – 43.
10. Remmen R. An evaluation of clinical skills training at the medical school of the University of Antwerp. Doktoravhandling. Antwerpen: Universiteit van Antwerpen, 1999.

11. Colliver JA, Schwartz MH, Robbs RS, Cohen DS. Relationship between clinical competence and interpersonal and communicative skills in standardized-patient assessment. *Acad Med* 1999; 74: 271 – 4.
 12. Remmen R, Derese A, Scherpbier A, Denekens J, Hermann I, van der Vleuten C et al. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills? *Med Educ* 1999; 33: 600 – 5.
 13. Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ* 1999; 33: 655 – 68.
 14. Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *Int Rev Psych* 1992; 4: 293 – 300.
 15. Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 1988; 22: 444 – 51.
 16. Albaret JM, Thon B. Differential effect of task complexity on contextual interference in a drawing task. *Acta Physiol* 1998; 100: 9 – 24.
-

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.