

Gruppdialoger med studenter på termin elva

Samordning av konsultationsundervisningen saknas

Tvåhundra studenter på sista terminen av Karolinska institutets läkarlinje har intervjuats i mindre grupper om den undervisning i konsultationsmetodik som de mött under sin utbildning.

Vid intervjuerna framkom att utbildningen varit slumpmässig, utan samordning samt varierat betydligt i omfång och innehåll. Medsittning med möjlighet till personlig och direkt återföring var det som skattades högst. Studenterna hade önskat mer professionalitet och struktur hos dem som ledde utbildningstillfällena, så att grunderna i samtalsmetodik hade kunnat övas regelbundet och med konstruktiv feedback.

CHARLOTTE HEDBERG

husläkare, Kvartersakuten Surbrunnsgatan, Stockholm

LARS-OLOF HENSJÖ

medicinsk chef, Infomedica, Stockholm

MARIA OHLSSON

skolläkare, Stockholm; alla tre vid tiden för studien adjunkter vid Allmänmedicin Stockholm, Huddinge

ANNA-KARIN FURHOFF

universitetslektor, Allmänmedicin Stockholm, Huddinge

■ Det kan säkert uppfattas som en självklarhet att det centrala i patient-läkarrelationen handlar om patientens och läkarens direkta kommunikation. Men trots denna självklarhet har tidigare generationers läkare och även nuvarande verkssamma läkares utbildning i konsultation och samtal ofta försummats. Hur ser det ut idag?

Syftet med den undersökning som presenteras här var att undersöka vilken konsultationsundervisning som en grupp nutida läkarstudenter erbjudits under utbildningen, hur den uppfattats och vad man minns?

Kursen i allmänmedicin ligger på termin elva på Karolinska institutets läkarutbildning. Under läsåret 1999–2000 tillfrågades studenterna på kursens första dag, i början av ett undervisningspass om konsultationsmetodik, om sina tidigare erfarenheter av undervisning om konsultationen.

Intervjuerna gjordes av två lärare (distriktsläkare/adjunkter) tillsammans i grupper om åtta till tio studenter. De gjordes med kvalitativ teknik, dvs med öppna frågor om konkreta, personliga minnen av konsultationsundervisning. Varje deltagare redogjorde för sin personliga uppfattning, och alla fick utrymme att tala. Vi försökte aktivt att fokusera just de individuella erfarenheterna,

och för att inte tidigt hamna i ett grupp-konsensus uppmuntrades olikheter i hur man uppfattat konsultationsundervisningen som intressanta [1, 2]. Sammantaget intervjuades 200 studenter. Intervjuerna förde anteckningar i form av punktvisa noteringar. Sammanställningen gjordes enkelt i kategorierna omfång, tidpunkt, form och innehåll.

Omfång

Hur mycket konsultationsundervisning studenterna uppgav att de hade haft var mycket beroende av vilka sjukhus studenterna gått olika kurser på. En del upplevde att de fått »ganska mycket«, en del »nästan inget alls«. En deltagare sade att han överhuvudtaget inte fått någon sådan undervisning. Alla som vid intervjutillfället hade gått kursen i socialmedicin hade fått träning i motiverande intervju [3]. Två berättade att de genomgått en individuellt vald kurs på två veckor i patient-läkar-samtal. Ett genomgående önskemål var att det »borde vara mycket mer«.

Tidpunkt

Första gångerna studenterna stött på undervisning om samtal var under kursen i medicinsk diagnostik på termin fem, »när man egentligen inte kunde någon medicin alls«. Ibland hade det förekommit inslag på kurserna i medicin, kirurgi, pediatrik, psykiatri, onkologi och socialmedicin.

Åsikterna om när undervisningen skulle börja varierade. Bristen på samordning av utbildningen om konsultationen betonades. Man önskade att det skulle vara ett återkommande moment, där man kontinuerligt kunde få återföring på »om man förbättrats med tiden«.

Form och innehåll

De former av konsultationsundervisning studenterna mött var bandinspelningar

(kursen i medicinsk diagnostik), videoinspelningar med rollspel (under en av psykiatrikurserna), videoinspelningar med efterföljande diskussioner (under en av barnkurserna) samt praktiska prov under medicin- och kirurgikurserna där samtalsmetodik ingått. Rollspel hade använts under socialmedicinens motiverande intervju [4]. Träning på att ge svåra besked hade getts bl a under kursen i onkologi. En annan form för inläring hade varit iakttagelser från den kliniska vardagen, dvs att iaktta läkare i praktisk verksamhet.

Bandinspelningar upplevdes ganska neutrala, lite mindre dramatiska än videoinspelningar. De senare hade ibland varit obehagliga upplevelser, »för mycket dramatik i själva situationen« och »man blir nervös och spänd«. Men det sades också att »det är nyttigt att se sig själv«. Vid försök till precisering av vad som varit »nyttigt« var det ofta små beteenden studenterna nämnde, »sitter och drar i håret«, »säger OK hela tiden« osv, allt i en ganska självkritisk ton. Vad dessa beteenden haft för betydelse för själva samtalet framgick oftast inte. Några kommenterade »jag satt och skrev för mycket och det underlättade inte kontakten med patienten«.

Men grupperna brukade spontant komma till konsensus om »att gjordes videoinspelningar ofta och återkommande skulle man nog vänja sig«. Man önskade mer professionalitet och struktur hos dem som ledde utbildningstillfällena så att grunderna i samtalsmetodik fick övas regelbundet med konstruktiv feedback.

Rollspel hade man olika åsikter om. När studenterna tränat på varandra i form av modifierade rollspel under undervisningen i motiverande intervju hade det upplevts som verklighetstroget och »jättebra« [4]. Men mest dominerade nog känslan av att »det blir töntigt«, »det blir inte på riktigt«. Några påpekade att man hade lärt sig av att »få pröva på att vara patient«.

Från den kliniska vardagen berättade en del om goda förebilder, såsom äldre läkare som »ger sig tid« och som »verkligen lyssnar« på patienten. Men i varje grupp togs konkreta exempel upp där läromomenten hade varit de dåliga exemplen, »så skall jag i alla fall inte göra« och »de tror att de är så etiska«, men »de ser inte vad de håller på med«. Exempel här var besked till cancerpatienter och känsliga situationer med en mängd studenter. Känslan hos de närvarande, när

Annons

Annons

Annons

Annons

detta berättades, varierade från indignation till neutralt konstaterande, ibland också förståelse, »så kanske jag också kommer att göra när jag blir stressad«.

Vad tyckte man varit bäst?

Det bästa hade varit när man fått feedback på ett riktigt samtal med en patient. Här omnämndes alltid en av pediatrik-kurserna som mycket bra. Man hade fått konkret feedback och kom ihåg råden man fått. Kritiken förefaller också ha gjorts på ett konstruktivt sätt, så att den inte uppfattats som sårande. En av kirurgkurserna togs ofta fram som ett bra exempel. Här hade de studenter som tjänstgjort haft tre övningstillfällen med anamnes, status och samtal efteråt, vilket man upplevt som »sensationell kon-
tinitet«.

Många beskrev den feedback man fått under de praktiska proven, men en del tyckte den var svår att ta till sig då man var nervös vid provtillfället.

Under medicinkurserna hade några stött på intresserade underläkare som gett sig tid till efterföljande samtal efter en anamnesupptagning, och det var mycket uppskattat.

Vad kommer man ihåg?

Att det i genomsnitt tar 18 sekunder innan läkaren avbryter patienten i ett patient-läkarsamtal hade uppmärksamats. Alla visste vad öppna frågor var, och kunde utifrån det ge exempel på slutna och ledande frågor. Att ge patienten tid i början av konsultationen för att med egna ord beskriva sina symtom och sin bakgrund hade många förstått var bra. En del hade uppfattat att det var bra att göra sammanfattningar av patientens problem och av läkarens avslutande bedömning och hade också aktivt tränat detta.

Kommentar

Intervjuer av detta slag, som görs under fria och öppna former, ger till skillnad från en enkät eller en strukturerad intervju möjligheter att få för intervjuarna nya och oväntade perspektiv på ett ämnesområde [2]. Vår lärarroll var begränsad till detta tillfälle, och vi hade ingen annan koppling till kursen. Tonen i samtalen var öppen och positiv, yttrandena upplevdes som spontana och innehöll kritiska perspektiv. Vi tolkade detta som att studenterna inte upplevde att någon beroendeställning förelåg, utan att de kunde yttra sig fritt.

Det var påtagligt att studenternas minnesbilder skilde sig mycket åt. I en del fall rörde det sig nog just om olika minnesbilder, som när en del mindes undervisningsmoment först när andra i gruppen nämnde dem. Det kan också ha

varit svårt att sätta ord på det man lärt sig. Många sade att man »nog lärt sig en del men att det är svårt att beskriva det«. Kanske menade man med det förhållningssätt eller attityder till själva samtals betydelse.

Alla undersökningar av vad studenter lärt sig under en lång utbildning är förstås giltiga endast för den undersökta gruppen. Undervisningens innehåll och struktur ändras ständigt, och det som ena årets studenter berättar gäller inte längre för dem som går året efter. Sedan två år tillbaka undervisas de studenter som nu börjar Karolinska institutets läkarutbildning i samtalsmetodik inom ramen för Doktorsskolan.

Det skall påpekas att intervjuerna med de studerande på termin elva gjordes före tjänstgöringen på vårdcentral, där studenterna som regel får goda möjligheter att träna patient-läkarsamtal.

Men problemen kvarstår. Hur sprids de goda exemplen som skapats av kunniga och entusiastiska lärare? Hur får man en fungerande samordning mellan de utbildningsinsatser som görs under olika skeden av utbildningen?

Inom läkarutbildningen behövs en tydlig plan för studenternas utveckling i patient-läkarsamtal. Den skall kunna följas och utvärderas. Först då kan studenternas mest återkommande önskemål tillgodoses: »Jag vill verkligen se att jag utvecklas och blir bättre och bättre i samtalet med patienten.«

Referenser

1. Mishler EG. Research interviewing. London: Harvard University Press; 1986.
2. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change. Addictive behaviour. New York: Guilford Press; 1991.
4. Andreasson S, Brandell-Eklund A. Alkoholprevention i sjukvården: Metodik för screening och motiverande samtal. Läkartidningen 1999;96:1594-8.
5. Roter D, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to evaluation of the medical dialogue. Soc Sci Med 1992;34:1097-103.
6. Ottoson JO, redaktör. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur, SBU; 1999. SBU-rapport:144.

Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksamma läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är
85 kronor.



Vetenskapsteori

Beställer härmed.....ex
av "Vetenskapsteori"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker