

## **”Man trenger jo både det objektive og det subjektive synspunkt”**

- Fjerdeårs medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø og deres læringsutbytte av å se eget opptak av konsultasjon med simulert pasient, samt deres holdninger til kommunikasjon og grad av legesentrert og pasientsentrert.



Femteårsoppgave  
Stadium IV  
Medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Utarbeidet av:  
Stud.med. Maria Kjøsnes MK-06, e-post: markjoes@online.no  
Stud.med. Fridunn Lid Gamst MK-05, e-post: fridunn@start.no

15. september 2010 -Universitetet i Tromsø

Veiledere:  
Tor Anvik og Ivar Aaraas  
Institutt for Samfunnsmedisin, ISM  
Universitetet i Tromsø

Nøkkelord: Video, selv-observasjon, holdninger, kommunikasjon,  
legesentrert, pasientsentrert.

## **INNHOLDSFORTEGNELSE:**

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrunn for oppgaven</b>	
– Del 1: Se seg selv på video	<b>6</b>
– Del 2: Lege-pasientrelasjonen, pasientsentrert og legesentrert tilnærming.	<b>9</b>
– Del 3: Holdninger til kommunikasjon	<b>15</b>
– Målsetting	<b>16</b>
<b>Materiale og Metode</b>	
– Utforming og utlevering av spørreskjema	<b>17</b>
– Etske vurderinger	<b>18</b>
– Analysing av data	<b>18</b>
<b>Resultater og Funn</b>	<b>20</b>
<b>Diskusjon</b>	<b>25</b>
– Sterke og svake sider ved oppgaven	<b>28</b>
– Feilkilder	<b>29</b>
– Konklusjon	<b>30</b>
<b>Kildehenvisninger</b>	<b>31</b>
<b>Tabeller og diagrammer</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 1</b>	<b>39-42</b>
– Spørreskjemaet ved T1 og T2	

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn:**

Videoevaluering er brukt innenfor mange yrker og studieretninger, deriblant i kommunikasjonsundervisningen for 4.års medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø, hvor det benyttes videoopptak av konsultasjon med simulert pasient. Observasjon av eget videoopptak har vist seg å være nyttig som basis for selvrefleksjon og selvutvikling. Dette er videre essensielle komponenter for å utvikle kompetanse og ferdigheter.

En pasientsentrert måte å gjennomføre en konsultasjon på tar utgangspunkt i å dele makt og ansvar mellom legen og pasienten, med en biopsykososial tilnærming for å forstå mekanismene bak pasientens "illness". En legesentrert metode tar utgangspunkt i den biomedisinske forklaringsmodellen, der legen er en autoritetsperson og forklarer pasientens "disease".

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig og har positive effekter både for legen og pasienten, og det er vist at disse ferdighetene kan læres.

### **Materiale og Metode:**

Vi lagde to spørreskjemaer for å se hva medisinstudentene på kull 06 mente om læringsutbyttet av å se seg selv på video, og hvorvidt de ønsket å se den alene eller sammen med noen før gjennomgang i gruppe. Samtidig ønsket vi å undersøke om studentene var lege- og/eller pasientsentrerte, samt hvilke holdninger studentene hadde til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege. Vi delte ut den første spørreundersøkelsen, T1, ved starten av kurs 16 Samfunnsmedisin 2, og deretter gjentok vi undersøkelsen, T2, ved endt kurs. Vi ønsket her å se om det var endringer i holdningene i løpet av denne perioden.

### **Resultater:**

Vår faktoranalyse resulterte i en faktor som måler grad av legesentrerthet,

og en faktor som måler grad av pasientsentrert. Disse faktorene måler to ulike holdninger, og er dermed ikke ytterpunkter på samme skala. Studentene ved kull 06 skåret positivt på både legesentrerte og pasientsentrerte holdninger, i tillegg til at de har positive holdninger til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege.

Vi fant en signifikant økning i studentenes legesentrerte holdninger fra T1 til T2. Vi fant også en signifikant forskjell mellom menns og kvinners holdninger til kommunikasjon ved T1, der mennene skåret lavest, denne forskjellen var ikke tilstede ved T2.

## **FORORD**

Dette er en 5.årsoppgave på medisinsk profesjonsstudium ved Universitetet i Tromsø. Oppgaven er utarbeidet av stud.med. Fridunn Lid Gamst, MK05, og stud.med. Maria Kjøsnes, MK06.

Oppgaven er basert på resultater fra to spørreundersøkelser besvart av medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø i forbindelse med deres 4. studieår, 2009-2010 (kull MK06).

I forbindelse med utarbeiding av denne rapporten, har vi gjort en kvantitativ studie og laget et spørreskjema og analysert resultatene fra dette. Dette vil bli presentert i vår oppgave.

Vi ønsker å takke våre veiledere, Tor Anvik og Ivar Aaraas ved Institutt for Samfunnsmedisin (ISM), for god støtte og oppfølging under hele perioden. Samtidig ønsker vi også å takke stud.med. Ingrid Jenvin Støen og Henriette Otterlei Madsen, for benyttelse av deres spørsmål for å måle holdninger til kommunikasjon utarbeidet i forbindelse med deres femteårs-oppgave. Dette gjelder også stud.med. Tore Solheim og Thomas Farstad Stenersen og deres spørreskjema for å måle grad av pasientsentrert og legesentrert.

## **BAKGRUNN**

### **Del 1: Se seg selv på video.**

Refleksjon og selvvurdering er essensielle komponenter i det å utvikle kompetanse og ferdigheter [1, 2]. Observasjon av sitt eget videoopptak har vist seg å være nyttig som basis for selvrefleksjon og selvvurdering [3], som videre fremmer tilegning og utvikling av kommunikasjonsferdigheter [4, 5]. Ferdigheter i å evaluere seg selv kan læres, og gjennom øvelse forbedres, til å bli et redskap for å fremme livslang læring og forbedring av kompetanse[6].

I studiene som det refereres til ovenfor, var det henholdsvis leger, sykepleiere og medisinstudenter som ble studert, men observasjon av egen video benyttes også i undervisning av studenter innenfor flere andre profesjoner. Disse vil vi gå mer i dybden på nedenfor. Vi vil etter dette rette blikket videre utover for å se hvor video som basis for selvrefleksjon blir brukt innenfor andre områder enn undervisning, som for eksempel som del av en behandling, og innenfor sport.

Med leger under spesialisering som utgangspunkt i studien, fant Hays [3] at det å observere seg selv på video, da i kombinasjon med tilbakemelding etterpå, kan brukes til å lære og utvikle sin egen selvevalueringsevne. De fant at kun selvobservasjonsdelen av prosessen, uten ny gjennomgang med tilbakemelding etterpå, var av begrenset verdi. Det var viktig å få tilbakemelding og diskutert sin egen prestasjon med andre, i tillegg til sin egen vurdering. Selvobservasjon kan være angstfremkallende, samt generere negative følelser rundt en selv. Selvkonfrontasjon skaper i begynnelsen en intens fokusering på en selv, spesielt da kropp og stemme, og stjeler fokuset fra selve prestasjonen. Ved gjentatt eksponering blir en mindre sensitiv til de negative følelsene som vekkes av å se seg selv og man vil etter hvert klare å fokusere på og evaluere seg selv og sin prestasjon bedre. Dette er av Hargie og Morrow [7] kalt for ”the cosmetic effect”.

Marita [4] fant at sykepleiere ble flinkere til å evaluere og reflektere over seg selv etter å ha sett sitt eget videoopptak, og at dette videre fremmet læring av kommunikasjonsferdigheter.

Lærerstudenter bruker også video som hjelpemiddel for tilegning og utvikling av pedagogiske ferdigheter [8]. Lærerstudentene filmes i klasserommet, ser sin egen video, og skriver deretter et refleksjonsnotat. Til gruppegjennomgangen etterpå velger de ut områder i opptaket som illustrerer det de har skrevet om i notatet.

Vi fant også ut at video var brukt av psykologistudenter for å reflektere over seg selv og for å kunne videreutvikle sine kommunikasjonsferdigheter [9]. Kagan kalte denne prosessen for ”stimulated recall”, der en del av opplegget er at veileder og student ser videoopptaket av pasientintervjuet sammen, og veilederen stiller åpne spørsmål under framvisningen for å stimulere til gjenkallelse av det studenten følte, tenkte og opplevde da han var i situasjonen. Studenten får her hjelp til å oppdage nye ting ved seg selv, og er ikke alene når han ser videoen sin, til forskjell fra studiene nevnt ovenfor.

Personer som ønsker å forbedre og utvikle sine muntlige presentasjoner, kan ha nytte av å se seg selv på video [10]. Dette forklares ved at personen nå ser seg selv utenifra, og synsvinkelen endres dermed til publikums synsvinkel. Slik er det lettere å se hva man kan forbedre i sin egen presentasjon.

Hvilke egenskaper har video som gjør det egnet til observasjon og selvanalyse?

Rosenstein [11] oppsummerer i sin artikkel fra 2002 bruk av video som et redskap for observasjon og analyse. Ved bruk av video fanger bildene hele konteksten i tillegg til selve handlingen, flere kan observere samtidig, i tillegg til at katedralinsen fanger øyeblikk som menneskets øye overser. Hun nevner spesielt at video er nyttig siden den fanger opp nonverbal

kommunikasjon i tillegg til verbal kommunikasjon mellom mennesker. Film fanger verdifull informasjon innenfor kommunikasjon og følelser.

Videoopptak gir også muligheter for at observatøren kan distansere seg til hendelsen på skjermen. Personen som ser opptaket kan få ny innsikt av å se opptaket på nytt, eller sammen med andre.

På den andre siden, er mye av informasjonen som hentes ut av filmen avhengig av kompetansen til observatøren. Andre begrensninger er rekkevidden og omfanget av bildet, hvor kameraet plasseres og hvordan det filmes.

Observasjon av seg selv på video er ikke bare brukt innenfor undervisning for å utvikle ferdigheter, men brukes også innenfor ulike typer behandling. Innenfor barnepsykiatri og behandling av barn med atferdsforstyrrelser, kjenner man til blant annet Marte Meo metoden og the Orion Project.

”En mor som ser på skjermen at hennes treåring blir fullstendig ignorert når han prøver å få oppmerksomheten hennes, kan begynne å forstå hvorfor barnet hennes ofte får raserianfall som ikke er mulig å ignorere”[12], the Orion Project.

Video er hovedverktøyet i Marte Meo Metoden. Filmen gjør det mulig å betrakte og analysere det dynamiske samspillet mellom barnet og foreldrene [13]. Intensjonen med Marte Meo Metoden er å gjenopprette og bygge en god støttende dialog mellom barnet og de nærmeste, med basis i videoopptak og analyse av kommunikasjonen mellom disse [14]. Metoden tar utgangspunkt i et videoopptak av barnet som interagerer med foreldre eller lærer. Terapeuten analyserer så materialet, og plukker ut deler for illustrasjon og diskusjon. Målet for denne gjennomgangen er å få foreldrene til å se barnets behov for støtte, og stimulere foreldrene til å endre sin måte å kommunisere på slik at det fremmer barnets utvikling.



Horwitz [15] presenterer en ny behandlingsstrategi for pasienter med fibromyalgi som involverer bruk av videoopptak av pasienten. Pasienten ser videoopptaket av seg selv der det utføres tre spesifikke bevegelsessekvenser, og dette følges opp av samtale med behandler. Horwitz fant i sin studie at pasientene ble mer objektive og bevisste på seg selv og sin atferd etter at de hadde tolket seg selv gjennom videoopptak.

Innenfor sport er det nå vanlig å bruke videoopptak for å tilegne seg innsikt og fremme prestasjoner [16]. Det å se seg selv på video har vist seg å være effektivt når det gjelder trening av praktiske ferdigheter i enkelte idretter. ”Videoopptak av idrettsutøvere er etter hvert blitt en viktig kunnskapskilde for trenere og spillere, særlig innen fotball og håndball, og videoopptak brukes også i en del individuelle idretter, deriblant tennis. Kampens utvikling og spillernes tekniske, taktiske og strategiske ferdigheter blir analysert. (...) Gjennom en god pedagogisk tilnærming vil videobilder kunne brukes til å synliggjøre løsninger for individ, lagleder og lag – og brukes til å forsterke positive prestasjoner og korrigere spillet der en sliter” [17].

## **Del 2: Lege-pasientrelasjonen, pasientsentrert og legesentrert tilnærming.**

Gode kommunikasjonsferdigheter hos en lege er en essensiell komponent av klinisk kompetanse, på lik linje med klinisk undersøkelse, evne til problemløsning og basen av teoretisk kunnskap [16, 18]. Vi vet også at en god anamnese bidrar mer til å finne diagnosen enn den kliniske undersøkelsen [19, 20].

Silvermann, Kurtz og Draper har pekt på at ”Kommunikasjon er broen over fra klinisk medisin til hver individuelle pasient og deres opplevelse av sykdommen.” [16].

God lege-pasient kommunikasjon har vist seg å gi pasientene en bedre psykisk helse, kortere symptomvarighet, bedre funksjon og smertekontroll,

samt bedre somatisk helse (blodtrykkskontroll og blodsukkernivå) [21]. Videre er det også funnet at pasientsentrert tilnærming i relasjonen mellom pasient og lege gir økt pasienttilfredshet [22], redusert bruk av helsetjenester med færre henvisninger og bruk av diagnostiske tester [23], økt compliance [24], samt færre klagesaker [25]. God kommunikasjon kan også forbedre jobbtildfredshet for legen, med tanke på at bruk av gode kommunikasjonsferdigheter øker pasientens tilfredshet, legen føler mindre frustrasjon og er mer fornøyd med egen innsats [26].

Hva er så god lege-pasient kommunikasjon?

Enid og Michael Balint [27] var de første som introduserte begrepet pasientsentrert tilnærming i allmennmedisin. Deres tilnærming gikk ut på å utforske pasientens "illness-perspektiv", med andre ord pasientens subjektive oppfattelse av sykdom, i motsetning til "disease"-perspektivet. Sistnevnte var på 1960-tallet den dominerende forklaringsmodellen på sykdom. Denne representerer mer den legesentrerte tilnærmingen, der den typiske legen har fokus på den biomedisinske forklaringsmodellen og teknologisk medisin, og er autoritær overfor pasienten.

Deling av makt og ansvar som en del av pasientsentrert tilnærming i lege-pasientrelasjonen ble først introdusert av Byrne and Long [28] der de beskrev legers konsultasjonstyper rangert på en skala fra legesentrert på den ene siden til pasientsentrert på den andre siden.

Den pasientsentrerte metoden former nå basis for kommunikasjonsundervisningen i mange land, både for medisinstudenter og innen videreutdanning av leger [29].

Mead and Bower [30] kom i sin oppsummeringsartikkel fra 2000 fram til fem punkter som klarere definerer pasientsentrert tilnærming i en lege-pasientrelasjon, og som skiller denne fra legesentrert tilnærming..

1. Forstå pasientens sykdom innenfor en bredere ramme av bio-psyko-sosiale aspekter.

Engel [31] mente at den biomedisinske modellen ikke var dekkende nok for å forklare de problemene pasientene kom med. Man måtte se bredere og inkludere sosiale og psykologiske faktorer i forklaringsmodellen for sykdom sammen med den biomedisinske modellen.

2. Pasienten som person.

I tillegg til det bio-psyko-sosiale perspektivet for å forklare og forstå pasientens "illness", må man se på pasientens unike, opplevde biografi. For å kunne hjelpe og lindre, må legen vite hva pasientens egen opplevelse av sykdommen er, og utforske pasientens forventninger, følelser, konsekvenser og bekymringer.

3. Dele makt og ansvar.

Et bytte fra den gamle paternalistiske relasjonen mellom legen og pasienten, der legen hadde all autoritet og makt, til en mer likestilt relasjon hvor makt og ansvar fordeles, og pasientens autonomi står i sentrum.

Pasienten får slik en mer deltakende rolle. Stewart [29] poengterer her at dette ikke betyr at legen skal frasi seg all kontroll, men at legen skal forsøke å oppfatte og være interessert i pasientens behov og ønsker. Legen bør også oppmuntre pasienten til å foretelle om sine egne tanker, lytte og reflektere over pasientens egne refleksjoner, samt tilby samarbeid og støtte [28].

4. Den terapeutisk alliansen.

Stewart [29] beskriver dette som en felles plattform med fokus på enighet om hva som er problemet og hvordan det skal angripes. Balint [27] mente at denne alliansen hadde potensiell terapeutisk effekt i seg selv, derav den kjente frasen "the drug, doctor". Roth and Fonagy [32] påpeker også viktigheten av det personlige båndet mellom lege og pasient, og pasientens oppfattelse av legen som omsorgsfull, sympatisk og sensitiv.

## 5. Legen som person.

I denne relasjonen og alliansen mellom lege og pasient er det i tillegg sentralt at legen har innsikt i seg selv og sine følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienten.

Stewart [29] trekker også fram viktigheten av å være realistisk, samt å integrere sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak, som viktige komponenter i den pasientsentrerte metoden.

Solheim og Farstad Stenersen [33] fant i sin undersøkelse blant 99 pasienter på allmennlegekontor i Nordland, at legesentrert og pasientsentrert målte forskjellige ting, og dermed ikke motpoler på samme. Man var med andre ord ikke enten legesentrert eller pasientsentrert, men man kunne altså være en kombinasjon av begge.

Kan kommunikasjonsferdigheter læres?

Aspegren's [34] litteraturstudie fra 1999 konkluderer med at det er overbevisende resultater på at kommunikasjonsferdigheter innenfor lege-pasientrelasjonen kan læres. Dette gjøres ikke på en dag, og bør derfor gjentas utover i studiet, da også for vedlikehold av kompetansen.

Aspegren konkluderer også med at erfaringsbasert undervisning er overlegen de tradisjonelle metodene med tanke på å tilegne seg kommunikasjonsferdigheter. Den tradisjonelle undervisningsmetoden kan dog være nyttig som supplement for å belyse teorien bak den erfaringsbaserte undervisningen [16].

Fra det medisinske profesjonsstudiet ble startet opp i Tromsø i 1973, var undervisning i klinisk kommunikasjon integrert i studieplanen fra og med første studentkull, og allerede da innarbeidet som en del av organkursene [35]. Etter revisjon av studieplanen i 1999, ble det innført tilbakemelding på videoopptak av konsultasjoner med pasient, ledet av allmennpraktikere og

kliniske lærere i små grupper [36]. Disse videogruppene ble lagt til 3.året i undervisningsforløpet. I løpet av studieåret 2005/2006 ble videogruppene flyttet til 4.studieår, samtidig som det ble benyttet reelle pasienter i forbindelse med uketjenesten i Kurs 16 som utgangspunkt til videogruppene [37]. Ettersom mange studenter og lærere rapporterte at tekniske problemer med opptak forstyrret konsultasjonene, ble det fra våren 2009 besluttet å gjøre et forsøk med videoopptak med simulerte pasienter før uketjenesten.

Evalueringen fra dette prøveprosjektet viste at denne måten å gjennomføre konsultasjoner med simulerte pasienter på gav god læringseffekt, der viktige elementer for læring var både å se sitt eget opptak samt å delta i grupper der man så andres opptak [38]. Samtidig som studentene skåret det å se sitt eget videoopptak som mest nyttig, skåret de også det å skåre sin egen video og egne ferdigheter som minst nyttig. Studentene synes det var ubehagelig å skåre seg selv og se seg selv på video, men når de blir tvunget til det så synes de det er lærerikt.

Denne positive evalueringen resulterte i innføring av bruk av simulert pasient for å lære kommunikasjonsferdigheter for medisinstudentene i Tromsø, og er dermed nærmere beskrevet nedenfor under avsnittet om kommunikasjonsundervisningen på fjerdeåret.

### **Kommunikasjonsundervisningen på fjerde studieår ved medisins profesjon i Tromsø.**

Kommunikasjonsundervisningen på det fjerde året er knyttet til kurs 16 Allmenmedisin 2, og består av konsultasjon med simulert pasient, forelesninger, samt konsultasjon med ekte pasient enten på legevakt eller legekantor.

Det gis også tre timer forelesning med vekt på elementer i, og oppbygging av, en allmenmedisinsk konsultasjon. Det demonstreres ulike kommunikasjonteknikker ved hjelp av videoklipp, samt gruppeøvelser på hverandre [39].

For kull 06 var det lagt opp til at konsultasjonen med simulert pasient skulle være ferdig før nyttår til kurs 16 begynner påfølgende år i januar. Dette er en prosess som består av først videoopptak av konsultasjonen, deretter ser studenten opptaket sitt alene, for så å skåre sine egne ferdigheter på et skjema. Det skal også utformes et journalnotat fra konsultasjonen som skal leveres inn. Etter dette velger studentene ut et videoklipp på til sammen 5 minutter fra egen video, som vises i grupper på 8 studenter i tillegg til en allmennlege og en ansatt fra Institutt for Samfunnsmedisin [39].

Siste del av det obligatoriske er en eller flere konsultasjoner med ekte pasient på legevakt eller legekontor. Disse konsultasjonene foregår med medstudent og lege tilstede, og tas ikke opp på video. Etter hver konsultasjon drøftes det og gis tilbakemelding på både kommunikative og faglige aspekter.

Mange av studentene benytter seg av muligheten for utveksling til andre universiteter første semesteret av fjerdeåret. Denne gruppen med studenter kom da tilbake og fulgte undervisningsopplegget fra og med kurs 16 som startet etter nyttår, og gikk dermed glipp av undervisningen knyttet til bruk av simulert pasient før nyttår. Det vil si at konsultasjon med simulert pasient og hele prosessen i etterkant ble utført i løpet av kurs 16, sammen med resten av den obligatoriske undervisningen, og dermed komprimert til en vesentlig kortere tidsperiode.

I 2003 ble det utført en tverrsnittsundersøkelse blant medisinstudentene i Norge som viste at Tromsø har et betydelig lavere timeantall undervisning i klinisk kommunikasjon enn ved de tre andre universitetene i Norge [40]. Fordelingen av kommunikasjonsundervisningen i løpet av studiet er også ulikt fra de fire universitetene i Norge. Trondheim har hovedtyngden av undervisningen i klinisk kommunikasjon i begynnelsen av studiet, Bergen i midt- og slutfasen, mens Oslo og Tromsø har undervisning i alle tre faser

av studiet [40]. Vi har sammenlignet kommunikasjonsundervisningen ved de fire universitetene i en tabell for bedre oversikt. Se tabell 1.

### **Del 3: Holdninger til kommunikasjon.**

Menneskers handlinger gjenspeiler deres holdninger [41], og holdninger spiller en viktig rolle for å skape en bro over fra klinisk kompetanse til utførelse [42].

”Attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favour or disfavour” [43].

Holdninger til kommunikasjon kan deles inn i affektive og kognitive holdninger [44], utover den tradisjonelle inndelingen i positive og negative holdninger. Affektive holdninger reflekterer følelsesmessige reaksjoner, og kan forandres etter gjentatt eksponering for situasjoner som omhandler målet for holdningen vår [44]. Kognitive holdninger reflekterer mer grunnleggende verdier som er stabile over tid og vanskeligere å endre; det må ny kunnskap til som kan argumenteres for [45].

Anvik [46] fant at de kognitive holdningene blant medisinstudentene i Norge, holdt seg på et stabilt nivå, i motsetning til affektive holdninger som sank utover i studiet. Fra tidligere studier som er gjort på å måle holdninger til kommunikasjon hos medisinstudenter [47, 48] har hovedvekten av funnene tydet på at positive holdninger synker utover i studiet. Disse studiene har kun delt holdninger inn i enten positive eller negative.

Anvik et al. foreslår dermed at det tidligere observerte fallet i holdninger utover i medisinstudiet kan representere fallet i affektive holdninger, og reflekterer da studentenes følelser til og erfaringer fra kommunikasjonsundervisningen ved deres studiested. Man så at studentene skåret lavere på affektive holdninger rett etter at de hadde hatt kommunikasjonskurs som involverte videoopptak av reelle pasienter med gjennomgang i smågrupper etterpå. Studentenes kognitive holdninger viser

derimot et stabilt nivå, og peker mot at studentenes grunnleggende verdier og holdninger til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege vedvarer utover i studiet.

## **MÅLSETTING**

Vi har delt målsettingen for vår oppgave inn i tre hoveddeler, og ønsker å besvare følgende spørsmål:

- 1) Hva mener studentene om læringsutbyttet av å se sitt eget videoopptak, i forhold til gjennomgang i gruppen?  
Så studentene sitt eget videoopptak, og i så fall så de det alene?
- 2) Hvilke holdninger har studentene til viktigheten av å opptre henholdsvis pasientsentrert og legesentrert? Skjer det målbare endringer i disse holdningene i løpet av fjerdeåret?
- 3) Hvilke holdninger har studentene til å lære om kommunikasjon? Skjer det målbare endringer i disse holdningene i løpet av kommunikasjonsundervisningen på fjerdeåret?



## MATERIALE OG METODE

### Utforming av spørreskjemaene.

Vi utformet et spørreskjema som bestod av tre deler. Se Vedlegg 1.

I første del begynte vi med å spørre om studentene hadde sett seg selv på video tidligere for å avdekke hvor vante studentene var til å opptre foran kamera, samt om de hadde hatt konsultasjon med simulert pasient. Deretter spørsmål om studenten ønsket å være alene første gang han\hun så sitt eget videoopptak, og om studenten lærte noe av å se sitt eget opptak alene som han\hun ikke ville lært ved å bare ha gjennomgang i gruppa. De som svarte ja på sistnevnte, fikk muligheten i en åpen tekstboks til å utdype spesifikt hva de lærte av å se sitt eget opptak alene. Vi formulerte deretter syv påstander med erfaringer rundt det å se sitt eget videoopptak. Studentene som ikke hadde hatt konsultasjon med simulert pasient, eller som svarte at de ikke hadde sett videoen sin alene, gikk derifra direkte videre til del to.

I andre del av spørreskjemaet besvarte alle studentene hvor enige/uenige de var i ti påstander som måler grad av pasientsentrerte og legesentrerte holdninger. Disse påstandene ble utarbeidet og validert av stud.med Solheim og Farstad Stenersen 2009 [33].

Tredje og siste del av spørreskjemaet inneholdt seks påstander om holdninger til viktigheten av kommunikasjonsferdigheter for å være en god lege. Her valgte vi seks påstander som er utformet av stud.med Jenvin Støen og Otterlei Madsen i forbindelse med deres femteårsoppgave [49]. Disse påstandene ble også bevart av alle studentene.

Studentene ble bedt om å besvare de ulike påstandene nevnt ovenfor etter i hvilken grad de var enige/uenige i påstandene, gradert fra 1 til 7, hvor 1 var helt enig og 7 var helt uenig. Vi blandet positive og negative påstander, for å forhindre at svar lengst til høyre alltid betydde helt uenig i den aktuelle påstanden. Alle spørreskjemaene ble laget i Questback.

### **Utlevering av spørreskjemaene.**

Ved oppstart av kurs 16, i begynnelsen av januar 2010 (T1), sendte vi ut første runde med spørreskjemaer på e-post til studentene på kull-06. Vi la også ut en beskjed til kullet på Fronter, med oppfordring om at flest mulig besvarte spørreskjemaet. Alle studentene fikk tilsendt samme spørreskjema, men gruppen studenter som ennå ikke hadde gjennomført en konsultasjon med simulert pasient, besvarte kun del to og tre, som beskrevet ovenfor.

Det var mulighet til å svare på T1 fra 10.01.10 til 21.01.10, med 3 innlagte purringer til de som ikke hadde svart.

Ved slutten av kurs 16, i midten av februar 2010 (T2), sendte vi ut andre runde med spørreskjemaer til de samme studentene. Dette spørreskjemaet var identisk med det som ble sendt ut i januar 2010. Vi la også denne gangen ut en oppfordring om å svare til studenten på Fronter.

Det var mulighet til å svare på T2 fra 17.02.10 til 15.03.10, med 3 innlagte purringer til de som ikke hadde svart.

Vår veileder gjorde oss under denne perioden oppmerksomme på at svarprosenten ved T2 så faretruende lav ut. Vi møtte derfor opp på to forelesninger den 02.03.10 og 08.03.10 og oppfordret studentene til å svare på spørreundersøkelsen vår.

### **Etiske vurderinger.**

For å sikre at alle data ble anonymisert før vi analyserte de, aidentifiserte vår veileder Tor Anvik disse etter endt T2 tid.

### **Analysering av data**

Vi har brukt SPSS versjon 16.0 for Macintosh og SPSS versjon 16.0 for PC for å analysere våre data.

For å se om det var signifikante endringer i studentenes gjennomsnittskår for påstander i del en, mellom T1 og T2, benyttet vi Independent samples t-

test med tid som grouping variable. Tilsvarende metode ble utført i del to og tre for å se om studentenes holdninger endret seg fra T1 til T2. For å se om det var kjønnsforskjeller brukte vi også Independent samples t-test, med kjønn som grouping variable .

Vi benyttet ”Data reduction” i SPSS til å gjøre en faktoranalyse av svarene om holdninger til pasientsentrert og legesentrert (Q10), samt svarene om holdninger til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege (Q11). Se nærmere beskrivelse av analysene i avsnittet Resultater, Del 2 og 3.

## RESULTATER

Det var til sammen 108 studenter på kullet, hvorav 74 (68.6%) var kvinner.

Ved T1, fikk vi svar fra 53 (49%) studenter, hvorav 39 (73.6%) var kvinner.

Ved T2 fikk vi svar fra 59 (54.6%) , hvorav 43 (72.9%) var kvinner.

Det var til sammen 71 forskjellige studenter (76.1% kvinner) som svarte ved T1 eller T2.

### **Del 1. Studentenes læringsutbytte av å se egen video.**

Ved T2 oppga 55 studenter (94.8%) at de hadde sett sitt eget opptak før gjennomgang i videograppa. Av disse var det 50 (90.9%) som svarte at de hadde vært alene når de så opptaket sitt. Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner på sistnevnte spørsmål ( $p = 0.517$ ).

Studentene ble bedt om å skåre seks påstander relatert til å se sitt eget videoopptak, rangert på en skala fra 1 (helt enig) til 7 (helt uenig). Ved hjelp av SPSS omkodet vi skårene slik at 1 = helt uenig og 7 = helt enig. Dermed vil høyere skår indikere høyere grad av enighet med hver av påstandene. Gjennomsnittskår for hver av påstandene er vist i Figur 1.

Det var to påstander som skilte seg ut. Med en gjennomsnittlig skår på 2.32 (SD 1.82) var studentene uenige i at det var en stor psykisk påkjenning å se sitt eget videoopptak alene. Påstanden om at studentene bør være alene når de ser sitt eget opptak første gang, var studentene også sterkt uenig i (gjennomsnittlig skår 1.36 (SD 0.78)). Her kan det også bemerkes at ingen av studentene har svart over 4.0.

Påstanden om at studentene lærte mer av å se sitt eget opptak alene enn av å se det i gruppa, gav en gjennomsnittlig skår på 3.64 (SD 1.89). Det at 70% av svarene var rangert fra 1-4 vil si at hovedvekten av svarene tenderer fra helt uenig til middels.

På de resterende påstandene lå gjennomsnittsverdiene like under 4.0, noe som tilsier at studentene som gruppe verken var uenige eller enige, men med en tendens mot uenig.

Det var ingen statistisk signifikant forskjell på hva menn og kvinner svarte på disse påstandene om å se sitt eget videoopptak (p-verdiene rangerte fra 0.11-0.72, for hver enkelt påstand).

Det var 34 (68.0%) av studentene som svarte at de lærte noe av å se sitt eget opptak alene som de ikke ville lært ved å bare delta på gruppegjennomgangen. Disse ble videre bedt om å utdype spesifikt hva de lærte ved å se seg selv på video, i en åpen tekstboks. I det følgende har vi tatt med fritekstkommentarer både fra T1 og T2.

Mange av studentene svarte at en av fordelene med å se videoopptaket alene, var at de fikk se igjennom hele konsultasjonen sin som en helhet, i motsetning til gjennomgangen i gruppa, der de selv hadde valgt ut et kort utklipp på 5 minutter for å få tilbakemelding på:

*”Jeg fikk et forhold til hele gangen i konsultasjonen fra begynnelse til slutt, noe man ikke fikk ved å se deler av konsultasjonen i gruppen.”*

*”Så jo hele opptaket alene og så da hvordan kommunikasjonen utviklet seg gjennom konsultasjonen. I gruppa så vi bare et lite klipp, som jeg følte representerte hele konsultasjonen dårlig.”*

Studentene påpeker videre at de fikk mer ro og tid til å reflektere over seg selv når de så opptaket sitt alene. Viktigheten av å se opptaket alene før det ble vist i gruppa ble også poengtert:

*”Fikk bedre tid til å se hva man gjorde og sa. Kunne spole litt fram og tilbake. Rett og slett ta seg bedre tid. Dermed lettere å se hva man gjorde bra og dårlig.”*

*”Man har en større ro og evne til observasjon når man er alene, og ikke bare tenker på hva de andre måtte synes om ens fremtoning. Med det sagt, det er jo en grunn til at man ser den i gruppa, i tillegg til å se den alene. Man trenger jo både det objektive, og det subjektive synspunkt.”*

Å se videoen sin alene var en mulighet til å se seg selv utenfra, der flere av studentene la merke til ting ved seg selv som ikke alltid ble fokusert på i gruppa:

*”Jeg la merke til og lærte en del om hvordan jeg satt/kroppsholdning/kroppsspråk/mimikk. Det var andre ting enn dette som primært ble tatt opp i gruppen, derfor var det svært nyttig også å se det for meg selv.”*

Det bemerkes til slutt, at av de som svarte på T2, var det bare en student som ikke hadde gjennomført konsultasjon med simulert pasient.

## **Del 2. Pasientsentrerte og legesentrerte holdninger.**

Alle påstandene i Q10 ble omkodet slik at høyere skår gir mer positiv holdning. Vi fant at studentene skårer positivt både på legesentrerte og pasientsentrerte holdninger, med gjennomsnittlig skår over 4.0 på alle påstandene både ved T1 og T2.

Ved faktoranalyse av alle påstandene under Q10 fant vi at de kunne samles i to faktorer som til sammen forklarte 64.3 % av variansen. For å vurdere validiteten av faktorene beregnet vi Cronbachs alpha, som bør ligge over 0.5 for å vise sterk nok validitet.

Påstandene 1 + 2 + 4 + 6 + 10 skåret alle på faktor 1. Cronbachs alfa ble høyest (0.958) dersom vi utelater påstand 6. Vi laget derfor en ny variabel for faktor 1, som vi kalte ”Legesentrert”, og som består av gjennomsnittsskår for de 4 påstandene 1 + 2 + 4 + 10.

Påstandene 3 + 5 skåret på faktor 2. Cronbachs alfa var her bare 0.307, men dette er likevel akseptabelt fordi ordlyden i spørsmålene også stemmer godt sammen. Vi laget derfor en ny variabel for faktor 2, som heter ”Pasientsentrert” og består av gjennomsnittsskår for de 2 påstandene 3 + 5.

Gjennomsnittsskår for legesentrerte holdninger steg signifikant fra T1 til T2 (6.54 vs. 6.82,  $p < 0.05$ ). Dette vil si at studentene i utgangspunktet har legesentrerte holdninger ved starten av Kurs 16, og at disse øker i løpet av kurset. Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom menns og kvinners gjennomsnittsskår ved T1 eller ved T2, men vi ser en tendens til at mennenes skåringer øker mer enn kvinnes (Figur 2).

Gjennomsnittlig skår for pasientsentrerte holdninger viste en fallende tendens fra T1 til T2, men forskjellen var ikke statistisk signifikant (5.28 vs 5.19,  $p=0.68$ ). Dette forteller at studentene skårer positivt på pasientsentrerte holdninger både før og etter kurset, men at holdningene tenderer til å synke noe i løpet av tidsperioden. Vi fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom menns og kvinners pasientsentrerte holdninger ved T1 og T2 (Figur 3).

### **Del 3. Holdninger til kommunikasjon.**

Alle påstandene i Q11 ble omkodet slik at høyere skår gir mer positiv holdning. Vi fant at studentene har positive holdninger til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege både ved T1 og T2, og alle påstandene (Unntatt påstand 5 ”Det er min evne til å stå på skriftlig eksamen som får meg gjennom medisinstudiet, ikke min evne til å kommunisere”) hadde en gjennomsnittsskår over 4.0.

Faktoranalyser på alle påstandene ga to faktorer som til sammen forklarte 58.6 % av variansen.

Påstandene 1 + 2 + 3 + 4 skåret på faktor 1, og Cronbachs alfa ble høyest (0.758) dersom vi utelot påstand 2. Vi laget derfor en ny variabel for faktor 1, som vi kalte ”Kommunikasjon”, og som består av gjennomsnittsskår for de tre påstandene 1 + 3 + 4.

Påstandene 5 + 6 hadde så lav skår og så lav Cronbachs alfa (0.172), og var dessuten så forskjellige i teksten, at vi valgte å ikke benytte oss av den faktoren.

Gjennomsnittsskår for faktoren "Kommunikasjon" viste en tendens til å stige fra T1 til T2, men ikke signifikant (6.13 vs. 6.38,  $p = 0.23$ ). Vi fant derimot en signifikant forskjell mellom menns og kvinners holdninger til kommunikasjon ved T1. Menn skårer signifikant lavere enn kvinner ved T1 (5.31 vs. 6.43,  $p < 0.05$ ), men denne kjønnsforskjellen er forsvunnet ved T2 ( $p = 0.18$ ) – se Figur 4.



## DISKUSJON

### **Del 1: Studentenes læringsutbytte av å se egen video.**

Det var kun tekniske problemer som stod i veien for de få studentene som ikke fikk sett sitt eget opptak før gjennomgang i gruppa. Av studentene som så opptaket sitt før gjennomgangen, ønsket flertallet å se det alene, her var det ingen forskjell mellom kjønnene. Dette funnet samsvarte med vår hypotese, der vi trodde at studentene ønsket å se sitt eget opptak alene. Som et tillegg til dette, nevner vi at studentene ble instruert i å ikke vise opptaket til andre, siden innholdet var taushetsbelagt og hentet fra virkelige pasientkasuser fra klinikernes praksis. Vi var derfor under arbeidet med oppgaven vår i tvil om dette ville føre til at studentene ikke så opptaket sammen med noen, nettopp fordi de trodde de ikke fikk lov til det. Men svaret på påstanden ”Ingen studenter bør være alene når de ser sitt eget opptak første gangen”, som studentene var sterkt uenige i, peker mot at studentene ønsket å se eget opptak alene.

Vi spurte ikke de studentene som valgte å se opptaket sitt sammen med noen om å utdype begrunnelsen for dette, derfor vet vi lite om hvorfor denne gruppen valgte nettopp dette. Samtidig fant vi lite bakgrunnsinformasjon om det å se seg selv på video med tanke på aspekter rundt det å være alene versus sammen med noen. Vi gjorde oss selv noen tanker rundt dette i startfasen av oppgaveskrivingen i forbindelse med utarbeidingen av spørreskjemaene. Elementer vi kan trekke fram, er blant annet at noen studenter kan føle behovet for å ha noen tilstede i en situasjon som oppleves som utrygg, der man ubarmhjertig blir konfrontert med sin prestasjon og forskjellige sider ved seg selv. Det å velge noen man stoler på til å se sammen med seg, kan for noen representere en trygghet.

I den åpne tekstboksen uttrykte flere av studenten at det var en fordel å se seg selv alene først, slik at man kunne forberede seg før fremvisning i gruppa. Studentene fikk se igjennom hele konsultasjonen som en helhet, og kunne dermed i ro og mak observere og vurdere seg selv og få et inntrykk av sin prestasjon. Dette samsvarer godt med tidligere beskrivelse av at video

er et godt hjelpemiddel for selvobservasjon og selvevaluering [3]. Videre supplerte gruppegjennomgangen med konstruktive synspunkt både fra medstudenter og gruppeleder, som var en erfaren kliniker.

Vi hadde i vårt spørreskjema ytterligere et spørsmål og en påstand som omhandler dette med hva studentene mente om læringsutbyttet av å se sitt eget opptak alene. Påstanden ”Jeg lærte mer av å se mitt eget opptak alene enn å vise et kort utsnitt i gruppa”, har hovedtyngden av studentene svart fra middels til uenig. Det bemerkes her at svarene hadde svært stor spredning. Spørsmålet ”Lærte du noe av å se videoopptaket alene som du ikke ville lært dersom du bare hadde deltatt i gruppegjennomgangen?”, her svarte flertallet av studentene ja.

Vi tolker dette til at vi her spør om to ulike ting. Der vi i påstanden setter det å se videoen alene opp mot gjennomgangen i gruppa, spør vi i spørsmålet om studenten har forskjellig læringsutbytte ved hver av disse. Studentene mener de ikke lærte *mer* av å se sitt eget opptak alene enn ved gjennomgang i gruppa, men på spørsmålet svarte de at de lærte noe ved å se seg selv alene som de ikke ville lært hvis de bare hadde deltatt på gruppegjennomgangen. Med andre ord sier studentene at det ikke er viktigere å se seg selv alene enn å delta på gjennomgangen i gruppa, men at disse har likestilt verdi med ulike funksjoner.

Den siste påstanden som hadde et entydig svar, var ”Det å se hele opptaket alene var en stor psykisk påkjenning”, noe som studentene var uenige i. Påstanden var meget sterkt uttrykt som *stor* psykisk påkjenning, og spørsmålet er da om studentene hadde svart annerledes hvis vi hadde tatt bort *stor*, og dermed bare skrevet *psykisk påkjenning*. Med andre ord, kan det være at studentene synes det var en påkjenning, men ikke kunne si seg enig i at det var en stor psykisk påkjenning. Det entydige svaret om at studentene var uenige i påstanden, behøver ikke å bety at det ikke var en psykisk påkjenning, som annen litteratur før oss har dokumentert [7].

## **Del 2. Pasientsentrerte og legesentrerte holdninger.**

Vår studie viser at studentene skårer positivt både for legesentrerte og pasientsentrerte holdninger. Etter å ha utført en variansanalyse, fant vi to ulike faktorer som skilte seg ut, og som vi kalte henholdsvis Legesentrert og Pasientsentrert. Disse faktorene er ikke ytterpunkter på samme skala, men måler to forskjellige holdninger på hver sin skala, og samsvarer med tilsvarende funn gjort av Solheim og Farstad Stenersen [33].

Vi fant en statistisk signifikant økningen i studentenes legesentrerte holdninger fra T1 til T2, der mennenes holdninger tenderer til å øke mer enn kvinnenenes. Dette tyder på at studentene blir mer legesentrerte etter å ha hatt kommunikasjonsundervisning og fått klinisk erfaring. Dette kan være fordi studentene ser flere aspekter ved å være legesentrert etter å ha hatt pasientkontakt, og ser viktigheten med å kunne stille konkrete spørsmål for å finne ut hvorfor pasienten har kommet til legen. Det er mulig at studentene etter møte med pasienter, blir mer opptatt av å finne og stille rett diagnose, for å vise hva de har lært og kan.

Vi fant videre at de pasientsentrerte holdningene ikke endret seg signifikant i løpet av perioden. Dette kan tyde på at kommunikasjonsundervisningen og den kliniske erfaringen på fjerdeåret ikke endrer studentenes oppfattelse av at det er viktig å "spille på lag med" pasienten. De fremtidige legene på kull 06 har i utgangspunktet en positiv pasientsentrert tilnærming og ønsker å ta pasienten med på råd i beslutninger som skal tas, og de synes også det er viktig å vite hva pasienten selv ønsker. Når det gjelder pasientsentrerte holdninger, fant vi ingen statistisk signifikant forskjell mellom menn og kvinner.

## **Del 3. Holdninger til kommunikasjon.**

I vår undersøkelse fant vi at studentene på kull-06 synes det er viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter for å være en god lege, ved at de skåret over middels positivt for alle påstandene. Da har vi sett bort fra en påstand, påstand 5 ved T1, "Det er min evne til å stå på skriftlig eksamen som får meg gjennom medisinstudiet, ikke min evne til å kommunisere". Denne

skåret, som den eneste av påstandene, like under 4.0 (3.92). Ved T2 skåret den samme påstanden over 4.0 (4.66). Dette kan gjenspeile at studentene ved runde nummer to av spørreundersøkelsen er nærmere eksamen enn ved første utlevering, noe som videre innebærer økt fokus på hva som forventes av studenten og hva som da er sentralt til eksamen.

Variansanalysen vår resulterte i en faktor, ”Kommunikasjon”, som måler studentenes holdninger til viktigheten av kommunikasjon, og denne viste ingen signifikante endringer i tidsperioden vi undersøkte. Dette sier med andre ord at studentene på kull-06 ikke endrer sine holdninger til kommunikasjon i løpet av kommunikasjonsundervisningen på fjerdeåret. Det kan her nevnes at vi ser en svak tendens til at holdningene til kommunikasjon blir mer positive.

Derimot fant vi en signifikant forskjell ved T1 der kvinnene skårer høyere enn mennene. Dette bekreftes av tidligere forskning [41, 42] som også har funnet at kvinner ofte skårer høyere enn menn på holdninger til kommunikasjon. Denne forskjellen mellom kjønnene var utjevnet ved T2. Guttene tar med andre ord igjen jentene i løpet av kommunikasjonsundervisningen, og deres holdninger påvirkes mer enn jentenes. En mulig forklaring på dette, kan være at kvinnene i utgangspunktet har mer positive holdninger slik at det skal mer til for ytterligere å øke disse. Mennene derimot, har et større potensial for å øke sine holdninger siden de i utgangspunktet skårer lavere.

### **Oppgavens sterke sider.**

Utvalget av de som besvarte spørreundersøkelsen har samme kjønnsfordeling som på kull 06.

### **Oppgavens svake sider.**

I spørreundersøkelsens tre deler var n relativt lav, spesielt mennenes svarandel. Dette kan ha ført til at reelle endringer ikke ble signifikante.

En ytterligere spørreundersøkelse samt kursprøve som kull-06 skulle svare på i samme tidsperiode, kan ha bidratt til den noe lave svarprosenten på vår undersøkelse. I tillegg benyttet vi oss av student-eposten for utlevering av spørreskjemaene, som vi har fått erfare at ikke alle studentene sjekker regelmessig. Dette kan også ha bidratt til en lav svarprosent.

En annen ting man kan vurdere, er om vi ikke var tydelige nok når vi forklarte at det var viktig å svare på både T1 og T2. Det kan tenkes at studentene trodde det var nok å svare på én av undersøkelsene, siden begge to var like, og at de ikke var klar over at vi ønsket å undersøke om det var forskjell i studentenes holdninger fra T1 til T2.

På spørsmålet om studentene var alene når de så sin egen video, kunne vi tatt med en mulighet til å utdype hvorfor de *ikke* ønsket å være alene mens de så videoen. Slik kunne vi fått mer kunnskap om denne gruppen studenter.

Det bør også nevnes at Cronbachs alfa for faktor 2, "Pasientsentret", er noe lav på bare 0.307, noe som tyder på at denne faktoren har lav validitet. Vi velger fortsatt å bruke denne faktoren siden ordlyden i spørsmålene passer godt sammen.

### **Feilkilder.**

En viktig feilkilde er hvorvidt studentene som besvarte spørreskjemaet tolket det på samme måte som vi ønsket når vi laget det. Dette kunne vært unngått ved å utført en pilotundersøkelse for å kvalitetssikre spørreskjemaene, før de ble levert ut i hovedundersøkelsen.

Vi fikk også tilbakemelding på at vi burde hatt med svaralternativet "Vet ikke" i forbindelse med påstandene. Vårt utgangspunkt var at skår 4.0 som tilsvarte middels, representerte "Vet ikke"-alternativet, men dette kan ha ført til at noen studenter var usikre på hva de skulle svare på enkelte påstander..

## KONKLUSJON

Flertallet av medisinstudentene på kull 06 så sitt eget videoopptak før gjennomgang i gruppa, i tillegg til at flertallet ønsket å være alene første gang de så sitt eget opptak. Med tanke på læringsutbytte av å se egen video, trakk studentene fram fordelen med å se i gjennom hele konsultasjonen som en helhet, i tillegg til tid til observasjon og refleksjon. Studentene hadde utbytte av både å se sitt eget opptak og gjennomgang i gruppa, da disse hadde ulike funksjoner.

Studentene skåret videre positivt både på legesentrerte og pasientsentrerte holdninger. Et interessant funn er at vi fant en signifikant økning i studentenes legesentrerte holdninger i løpet av kommunikasjonsundervisningen på fjerdeåret.

Vi fant også at studentene har positive holdninger til kommunikasjon. Ved T1 fant vi en kjønnsforskjell der mennene skåret lavere enn kvinnene på holdninger til kommunikasjon, denne forskjellen var ikke signifikant ved T2.

Det kan tolkes som at det nye undervisningsopplegget med simulerte pasienter og observasjon av eget videoopptak, kanskje er særlig lærerikt for mennene, noe som burde undersøkes nærmere.

### Kildehenvisninger:

1. Mattheos, N., et al., *The interactive examination: assessing students' self-assessment ability*. Med Educ, 2004. **38**(4): p. 378-89.
2. Langendyk, V., *Not knowing that they do not know: self-assessment accuracy of third-year medical students*. Med Educ, 2006. **40**(2): p. 173-9.
3. Hays, R., *Self-Evaluation of videotaped consultation*. Teaching and learning i medicine, 1990. **2**(4): p. 232-236.
4. Marita, P., L. Leena, and K. Tarja, *Nurses' self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counseling*. Patient Educ Couns, 1999. **36**(1): p. 3-11.
5. Corney, R., *Developing communication and counselling skills in medicine*. 1991.
6. Zick, A., M. Granieri, and G. Makoul, *First-year medical students' assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach*. Patient Educ Couns, 2007. **68**(2): p. 161-6.
7. Hargie, O.D. and N.C. Morrow, *Using videotape in communication skills training: a critical evaluation of the process of self-viewing*. Med Teach, 1986. **8**(4): p. 359-65.
8. Fadde PJ, A.S., Gilbert S, *Incorporating a Video-Editing Activity in a Reflective Teaching Course for Preservice Teachers*. Action in teacher education 2009. **31**(1): p. 75-86.
9. Kagan, N., *Interpersonal process recall: Basic methods and recent research*. In D. Larsen (Ed.). *Teaching psychological skills*. 1984.
10. Quigley BL, N.J., *Using video technology to provide feedback to students in performance courses*. Communication education, 1992. **41**: p. 324-334.
11. Rosenstein, B., *Video use in social science research and programme evaluation*. 2000.
12. Weiner, A., H. Kuppermintz, and D. Guttman, *Video home training (the Orion project): a short-term preventive and treatment intervention for families with young children*. Fam Process, 1994. **33**(4): p. 441-53.
13. Øvreeide H, H.R., *Marte Meo: Marte Meo metoden og udviklingsfremmende dialoger*. 1998.
14. Axberg, U., et al., *The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings*. Fam Process, 2006. **45**(3): p. 375-89.
15. Horwitz, E.B., T. Theorell, and U.M. Anderberg, *Fibromyalgia patients' own experiences of video self-interpretation: a phenomenological-hermeneutic study*. Scand J Caring Sci, 2003. **17**(3): p. 257-64.
16. Kurtz S, S.J., Draper J, *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2005, second edition.
17. Jakobsen, T., <http://kampanalyse.wordpress.com/>, mars 2010. 2010.
18. Baumal R, B.J., *Current trends in the educational approach for teaching interviewing skills to medical students*. 2008.
19. Hampton JR, H.M., Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C, *Relative contribution of history-taking, physical examination, and laboratory*

- investigation to diagnosis and management of medical outpatients.*  
British Medical Journal  
1975. **2**: p. 486-489.
20. Peterson MC, H.J., Hales DV, Smith NL, Staker LV, *Contribution of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis.* 1992.
  21. Stewart, M., *Effective physician-patient communication and health outcomes: A review.* 1995.
  22. Kinnersley P, S.N., Peters TJ, Harvey I, *The patient-centredness of consultations and outcome in primary care.* British journal of General Practice, 1999. **49**: p. 711-716.
  23. Stewart MA, B.J., Donner A, McWhinney IR, *The impact of Patient-Centred Care on Outcomes.* Journal of family practice, 2000. **49**: p. 796-804.
  24. DiMatteo MR, S.C., Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH, *Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study.* Health Psychology, 1993. **12**(2): p. 93-102.
  25. Levinson W, R.D., Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM, *Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons.* 1997.
  26. Levinson W, R.D., *The effects of two continuing medical education programs on communication skills practicing primary care physicians.* Journal of general internal medicine, 1993. **8**: p. 318-324.
  27. Balint, M., *The doctor, his patient and the illness.* Millennium reprint of second edition 2000.
  28. Byrne PS, L.B., *Doctors talking to patients.* 1984.
  29. Stewart, M., *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method.* 2003, second edition.
  30. Mead, N. and P. Bower, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.* Soc Sci Med, 2000. **51**(7): p. 1087-110.
  31. Engel, G., *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.* Science, New Series, 1977. **196**(4286): p. 129-136.
  32. Roth A, F.P., *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* 1996.
  33. Solheim T, F.S.T., *Pasientsentrert og legesentrert kommunikasjon i allmennpraksis.* 2008\2009.
  34. Aspegren, K., *Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles.* Medical teacher, 1999. **21**(6).
  35. Tromsø, M.f.i., *Dialog og refleksjon. Festskrift til Tom Andersen. ISM skriftserie nr. 35. Tromsø 1996.* 1996.
  36. Tromsø, M.f.i., *Plan for undervisning i medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid. Vedtatt av studiestyret for medisin 8.10.1998.* 1998.
  37. Tromsø, M.f.i., *Forslag til plan for undervisning i gjennomgående tema i profesjonsstudiet medisin, UiT*  
2010.



38. Anvik, T., *Rapport om bruk av simulerte pasienter i ferdighetstrening i allmennmedisin for 4.års medisinstudenter*. 2009.
39. Tromsø, M.f.i., *Kursbeskrivelse kurs 16 Samfunnsmedisin 2, Medisin profesjon UiT*. 2009.
40. Gude, T., et al., [*Teaching clinical communication to medical students in Norway*]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2003. **123**(16): p. 2277-80.
41. Albarracin D, J.B., Zanna MP, *The handbook of attitudes*. 2005.
42. Newble, D.I., *Assessing clinical competence at the undergraduate level*. *Med Educ*, 1992. **26**(6): p. 504-11.
43. Eagly AH, C.S., *The psychology of attitudes*. 1993.
44. Anvik, T., et al., *Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills--which components of attitudes do we measure?* *BMC Med Educ*, 2007. **7**: p. 4.
45. Wood, W., *Attitude change: persuasion and social influence*. *Annu Rev Psychol*, 2000. **51**: p. 539-70.
46. Anvik, T., et al., *Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills--a nationwide cross-sectional study*. *Med Teach*, 2008. **30**(3): p. 272-9.
47. Kaufman, D.M., et al., *Differences in medical students' attitudes and self-efficacy regarding patient-doctor communication*. *Acad Med*, 2001. **76**(2): p. 188.
48. Cleland, J., K. Foster, and M. Moffat, *Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender*. *Med Teach*, 2005. **27**(3): p. 246-51.
49. H. Otterlei Madsen, I.J.S., *Hva gir best læringsutbytte under 5.års utplassering i allmennpraksis og på sykehus for medisinstudentene i Tromsø?* . 2009\2010

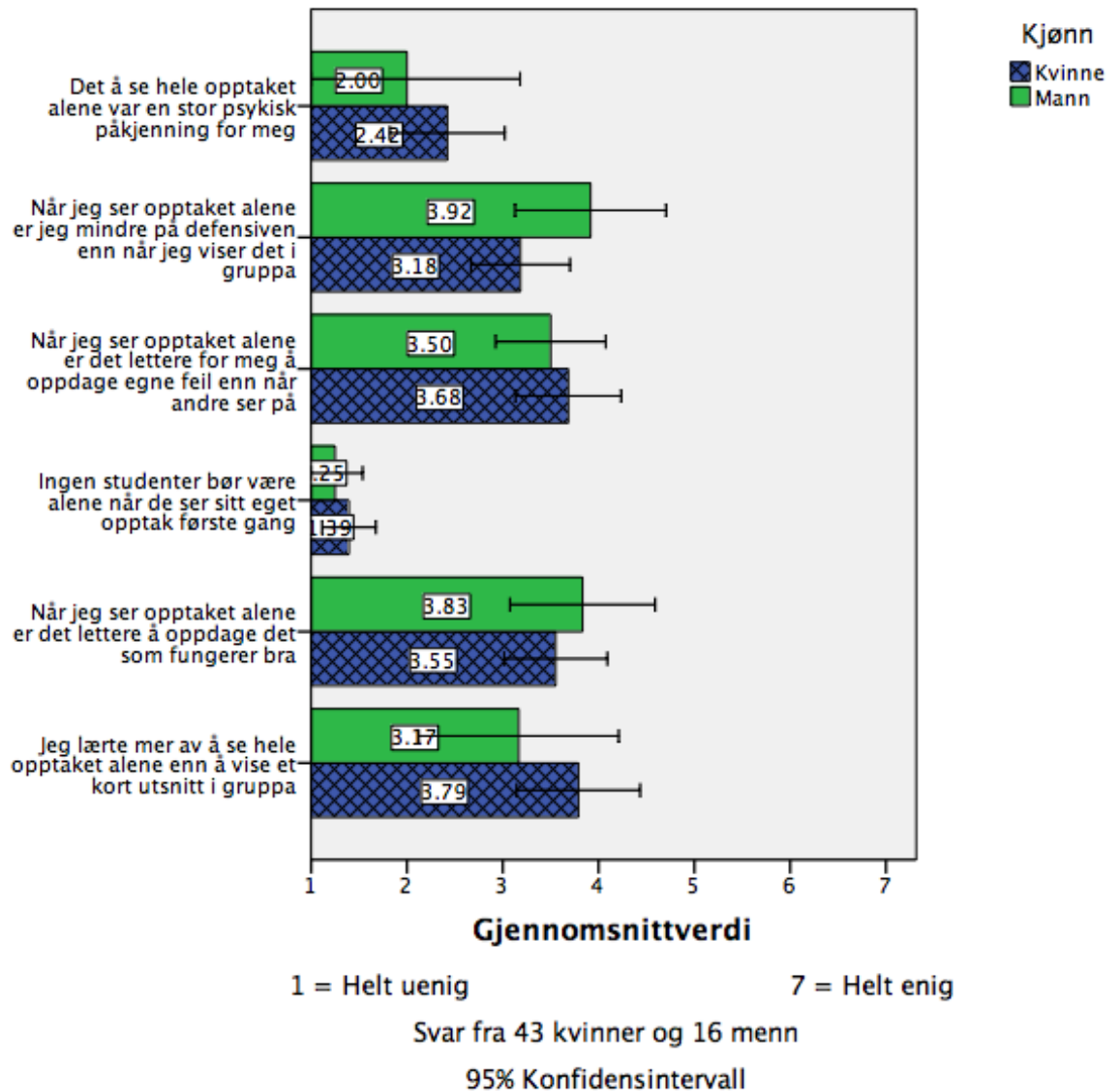
Tabell 1: Kommunikasjonsundervisning ved de fire universitetene i Norge.

	Oslo	Bergen	Trondheim	Tromsø
<b>1. Studieår</b>	Forelesninger i grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Videoopptak av rollespill og gjennomgang i grupper. Skriftlig eksamen.		Lege-pasientkurset. Forelesninger om kommunikasjonsteori, 16 t, over de tre første semestrene. Ferdighetstrening(F-lab) med videoopptak av rollespill og gj.gang i grupper etterpå, forløper over de to første årene.	Utplassering to dager i primærhelsetjensten. Erfaringene som utgangspunkt for forelesninger og gruppearbeid om kommunikasjon.
<b>2. Studieår</b>	To kommunikasjonskurs á 3 timer. Smågruppeundervisning med trening i klinisk kommunikasjon, bruk av trenede RA-pasienter som intervjuer.		Utplassering i allmennpraksis som forløper over de to første årene. Videoopptak av konsultasjoner med ekte pasienter og gjennomgang etterpå. Avsluttende muntlig eksamen med bruk av simulerte pasienter ved slutten av andre studieår.	
<b>3. Studieår</b>	Kommunikasjonskurs, 7 dager: Smågruppeundervisning med bruk av reelle pasienter. Stasjonsundervisning om spesifikke temaer. To klinikker med klinisk kommunikasjon som tema.	Kommunikasjonskurs, 28 timer: bestående av forelesninger med teori og rollespill med skuespillere, innslag av reelle pasienter og plenumsdiskusjoner. Kom-lab, 2 timer: Videoopptak av konsultasjon med simulert pasient, tilbud om individuell tilbakemelding fra veileder etterpå.		Kurs 7: Topografi og undersøkelsesteknikk. 6 timer forelesning og gruppearbeid, med demonstrasjoner på video og i rollespill. Integres med forelesningene i anamneseopptak og klinisk undersøkelse.
<b>4. Studieår</b>				Nærmere beskrevet i oppgaven.
<b>5. Studieår</b>		Kurs i kognitiv terapi, i forbindelse med psykiatrisk termin, 20 timer.		8 uker praksis på legekantor, med 3 opptak av konsultasjoner med ekte pasienter på video, gj.gang med veileder.
<b>6. Studieår</b>	Klinisk kommunikasjonsundervisning, 2 dager: Temaene "Å bringe dårlige nyheter" og "Kommunikasjon i krevende kliniske situasjoner". Bruk av skuespillere som simulerte pasienter og pårørende. Forelesning innenfor disse temaene. Oppsummering.	Konsultasjonskurs, 18 timer: Rollespill i plenum med skuespillere. Rollespill i grupper, med tilbakemeldinger fra gruppa. Videoopptak av konsultasjon med reell pasient på legevakt, gj.gang i grupper etterpå.		Eksamensforberedende seminar i allmennmedisin, rollespill i grupper med tilbakemelding etterpå. Kommunikasjonskurs med kreftpasienter, bruk av simulerte pasienter, tilbakemelding etterpå.

Kilder: [40], personlig meddelelse fra: Nils Martinsen NTNU, Anders Bærheim UiB, Tore Gude UiO

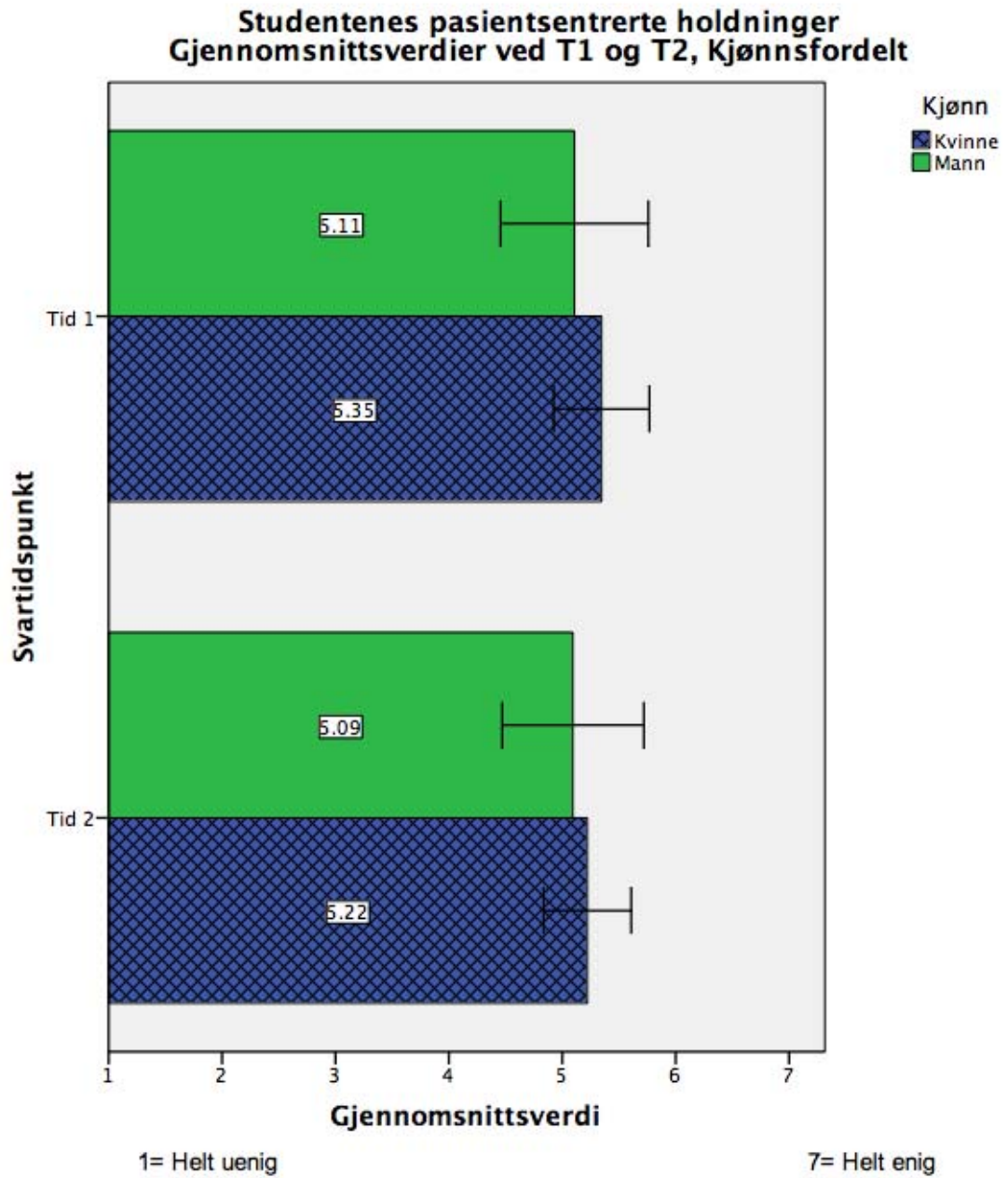
Figur 1:

### Studentenes erfaringer med å se seg selv på video Gjennomsnittsverdier fra T2, Kjønnfordelt





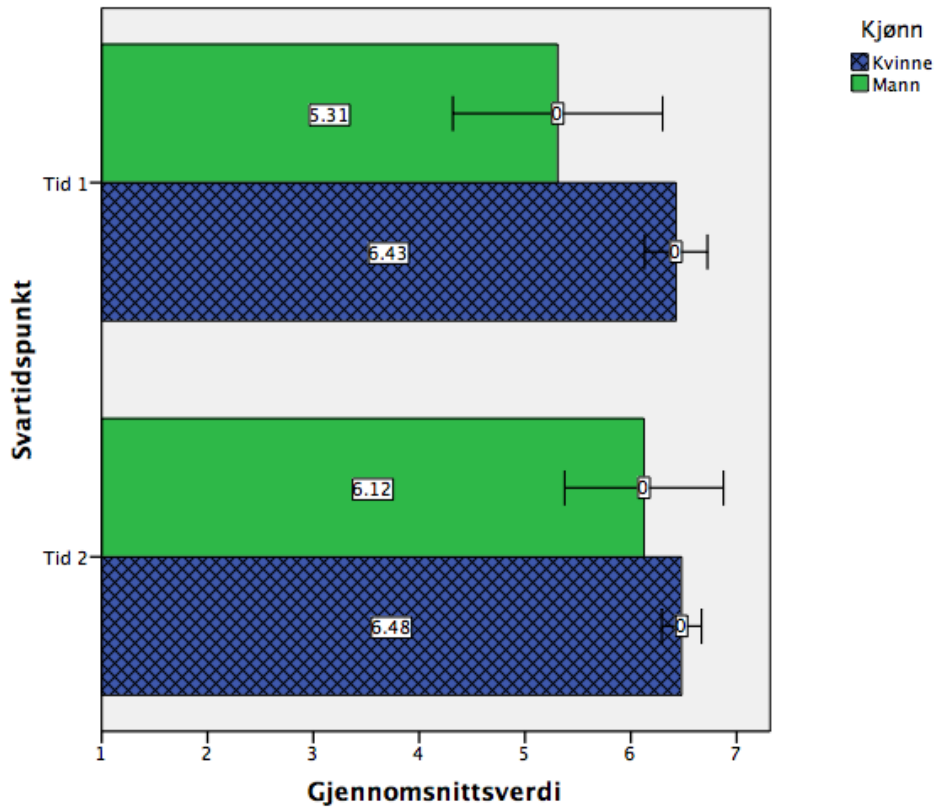
Figur 3:



Svar fra 39 kvinner og 12 menn ved T1, og svar fra 43 kvinner og 16 menn ved T2  
95% Konfidensintervall

Figur 4:

**Studentenes holdninger til viktigheten av kommunikasjon for å bli en god lege**  
**Gjennomsnittsverdier ved T1 og T2, Kjønnsfordelt**



1= Helt uenig

7= Helt enig

Svar fra 39 kvinner og 12 menn ved T1, og svar fra 43 kvinner og 16 menn ved T2

95% Konfidensintervall

## Vedlegg 1.

### Evaluering video T1

Spørreskjemaet inneholder 3 ulike deler, hvor du krysser av på en skala fra 1 (helt **enig**) til 7 (helt **uenig**) for hva du mener om ulike påstander som vi har listet opp. Det er også mulighet til å svare i fritekst samt ja/nei på de resterende spørsmålene. Du må svare på alle spørsmålene før du kommer videre til neste side. Dersom du svarer feil kan du bla tilbake og endre svarene dine før du sender skjemaet til slutt. Du kan bare sende inn skjemaet en gang. Først ber vi deg svare på noen enkle bakgrunns spørsmål.

#### 1) Kjønn: \*

Kvinne  Mann

#### 2) Etter at du begynte på medisinstudiet: hadde du sett deg sjøl på video før du begynte på 4. året? \*

Nei - aldri  
 Ja - en eller to ganger  
 Ja - mere enn to ganger

#### 3) Har du gjennomført en konsultasjon med simulert pasient med videooptak? \*

Ja  Nei

[#4713]

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Har du gjennomført en konsultasjon med simulert pasient med videooptak? - Ja

Tenk tilbake til da du gjorde videooptak med en simulert pasient. I det følgende kommer noen spørsmål om nytten av å se dette opptaket etterpå.

#### 4) Så du ditt eget videooptak før du viste det i gruppa? \*

Ja  Nei

[#4713]

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Så du ditt eget videooptak før du viste det i gruppa? - Nei

#### 5) Hva var årsaken til at du ikke så opptaket? \*

[#4713]

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Så du ditt eget videoopptak før du viste det i gruppa? - Ja

**6) Var du alene da du så videoopptaket første gang? \***

Ja  Nei

[#4713]

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Var du alene da du så videoopptaket første gang? - Ja

**7) Nedenfor kommer det noen påstander om det å se sitt eget videoopptak. Kryss av i hvilken grad du er 1 (helt enig) til 7 (helt uenig) i hver av påstandene (jo mere uenig du er desto lengre til høyre krysser du av): \***

	Helt enig		Middels				Helt uenig	
	1	2	3	4	5	6	7	
Det å se hele opptaket alene var en stor psykisk påkjenning for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Når jeg ser opptaket alene er jeg mindre på defensiven enn når jeg viser det i gruppa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Når jeg ser opptaket alene er det lettere for meg å oppdage egne feil enn når andre ser på	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ingen studenter bør være alene når de ser sitt eget opptak første gang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Når jeg ser opptaket alene er det lettere å oppdage det som fungerer bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Jeg lærte mer av å se hele opptaket alene enn å vise et kort utsnitt i gruppa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

[#4713]

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Var du alene da du så videoopptaket første gang? - Ja

**8) Lærte du noe av å se videoopptaket alene som du ikke ville lært dersom du bare hadde deltatt i gruppegjennomgangen? \***

Ja  Nei

[#4713]



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.  
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:  
Lærte du noe av å se videoopptaket alene som du ikke ville lært dersom du bare hadde deltatt i gruppegjennomgangen? - Ja

**9) Kan du beskrive nærmere hva det var du lærte?**

[#4713]

**10) Nedenfor kommer det noen påstander om hva som er viktig i konsultasjonen i allmennpraksis. Kryss av i hvilken grad du er 1 (helt enig) til 7 (helt uenig) i hver av påstandene (jo mere uenig du er desto lengre til høyre krysser du av): \***

	Helt enig	2	3	Middels	5	6	Helt uenig
	1			4			7
Det er viktig for legen å vite hvor lenge plagene har vedvart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er viktig for legen å vite hva som fremprovoserer plagene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten bør uttrykke enighet med sin lege for å signalisere respekt og tillit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er viktig for legen å vite hvordan plagene oppsto første gang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten bør forholde seg til hva legen sier, og ikke søke informasjon om sin egen sykdom på egenhånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er viktig for legen å vite hvor i kroppen plagene sitter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen bør ta pasienten med på råd i de beslutninger som skal tas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientens beskrivelse av plagene er viktige for å få satt rett diagnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten bør behandles som legens samarbeidspartner. likestilt i makt og status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er viktig for legen å vite hvor ofte plagene har	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

vært tilstede

[#4713]

**11) Nedenfor har vi satt opp noen påstander om kommunikasjon. Kryss av i hvilken grad du er 1 (helt enig) til 7 (helt uenig) i hver av påstandene (jo mere uenig du er desto lengre til høyre krysser du av): \***

	Helt enig		Middels				Helt uenig
	1	2	3	4	5	6	7
-For å være en god lege må jeg ha gode kommunikasjonsferdigheter:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-En stryker ikke til 6-års muntlig eksamen p.g.a. dårlige kommunikasjonsferdigheter:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Det er like viktig å utvikle sine kommunikasjonsferdigheter som sine medisinske kunnskaper:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Jeg trenger ikke gode kommunikasjonsferdigheter for å være lege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Det er min evne til å stå på skriftlig eksamen som får meg gjennom medisinstudiet, ikke min evne til å kommunisere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Kommunikasjonsferdigheter er i hovedsak medfødt, og kan i liten grad læres:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12) Har du gjennomført uketjeneste med pasient på legekontor/legevakt i kurs 16? \***

Ja  Nei

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.