

# Patientens medverkan i klinisk undervisning av läkarstudenter

## Intervjuer med lärare, patienter och studenter



**NIELS LYNÖE**, professor, institutionen för lärande, informatik, management och etik  
 niels.lynoe@ki.se

**SOLVIG EKBLAD**, docent, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet

**GÖRAN ELINDER**, professor, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset; samtliga Karolinska institutet, Stockholm

Det övergripande syftet med undervisningen i medicinsk etik är att läkarstuderande ska utveckla ett etiskt förhållningssätt till sina patienter, närstående, kolleger och andra berörda [1]. Undervisning som kan underlätta detta kan förmedlas dels som kunskap genom föreläsningar och relevant litteratur, dels som färdigheter som gruppövningar, träning i analys av etiska problem och reflektion men också genom klinisk undervisning där patienter medverkar [2]. Sistnämnda ställer stora krav på kliniska lärare, vilka som förebilder också förmedlar ett mer eller mindre reflekterat etiskt förhållningssätt [3-7]. Detta kan även komma till uttryck i det sätt på vilket en patient tillfrågas om att medverka i klinisk undervisning och om patienten upplever sin medverkan som frivillig.

Vanligtvis ställer patienter gärna upp. Många patienter uppskattar de studerandes närvaro, bl a därför att läkaren/läraren då är mer mån om att göra rätt eller därför att läkarstuderande har god tid att lyssna till patientens berättelse. Patienter kan också ställa upp av altruistiska skäl eller därför att de uppfattar det som en moralisk skyldighet. Det kan dock finnas både praktiska och principiella problem i samband med patienters medverkan. Praktiska problem kan vara att patienten ibland får sätta av mer tid för besöket. Principiella problem kan uppstå om läraren anser att patienten har moralisk skyldighet att ställa upp och därför avstår från att informera. Läraren kan alternativt befara att patienter som informeras i förväg om läkarstudentens närvaro kan vägra att medverka. Detta kan i sin tur leda till ett dåligt bemötande, att patienten kränks och att läraren fungerar som dålig förebild, vilket kan få menliga konsekvenser för de läkarstuderandes uppfattning av etikundervisningen [8].

Även om man kan argumentera för att patienten har moralisk skyldighet att medverka i klinisk undervisning av läkarstuderande, och han eller hon vill ta del av den goda vård man kan få som baserar sig på att patienter tidigare ställt upp i klinisk undervisning av de läkare som finns i dag, innebär det inte att man då kan avstå från att respektera patientens självbestäm-

mande och integritet; tvärtom – informerat samtycke är en förutsättning för resonemanget.

Man bör också vara uppmärksam på den utsatthet och det underläge en patient befinner sig i, vilket bl a illustrerades då det för ett par år sedan framkom i dagspressen att abortsökande kvinnor i sövt tillstånd, utan att vara informerade, hade undersökts av läkarstudenter. Detta ledde till att Svenska Läkarsällskapet utvecklade riktlinjer för patientmedverkan i klinisk undervisning, inte enbart relaterad till gynekologiska undervisningsmoment [9].

För att få en uppfattning om hur ansvariga lärare, studerande och patienter ser på dessa frågor genomförde vi på uppdrag av Karolinska institutets etikråd en fokusgruppintervju vid fyra olika kliniker. Syftet var att mot bakgrund av en sådan studie utveckla lokalt anpassade riktlinjer.

### MATERIAL, METOD OCH ANALYS

Vi inbjöd fem kliniker att medverka i en fokusgruppintervju där det i intervjuguiden fanns följande rubriker: 1) Erfarenheter av medverkan vid klinisk placering och patienträttigheter, 2) Hinder, 3) Situationer som underlättar patientens medverkan, 4) Tips, råd och strategier till utformning av förhandsinformation, 5) Sammanfattning av nyckelord i diskussionen och 6) Utvärdering av gruppintervjun. Vi tillfrågade hudkliniken, kvinnokliniken, psykiatriska kliniken och urologen. Klinikerna fanns i Huddinge, Solna och på Södersjukhuset. En klinik tackade nej till att delta.

Intervjuerna genomfördes på varje tillfrågad klinik och med medverkan av lärare, student och patient. Den undervisningsansvariga på klinikerna ombads att utse en kollega, två studenter och två patienter. Förutom den medverkande läraren, studenter och patienter fanns en moderator som initierade fokusgruppintervjun genom att ställa frågor från intervjuguiden. En eller två observatörer skrev minnesanteckningar och gjorde en sammanfattning av intervjun, där deltagarna hade möjlighet att bekräfta/lägga till av innehållet från diskussionen [10, 11]. Författarna fungerade växelvis som moderatorer och observatörer. Inspelning används inte, men anteckningarna skrevs rena omedelbart efter mötet och faktakontrollerades sedan av den undervisningsansvariga läraren. Analysen av materialet gjordes kvalitativt, och de teman som presenteras i resultatet är läraren/läkarens, patienternas och läkarstudenternas erfarenheter [10, 11].

### RESULTAT

Antalet deltagare per gruppintervju varierade mellan en och två lärare, två och tre läkarstudenter och en och två patienter.

### SAMMANFATTAT

**Patienter ställer** gärna upp i den kliniska undervisningen men vill informeras i förväg och föredrar att bara en student deltar.

**Om patienten** känner sig exploaterad är han/hon mindre benägen att ställa upp nästa gång han/hon tillfrågas.

**Läkarstudenter letar** efter goda förebilder och känner sig obekväma om läraren behandlar patienten respektlöst – de lär sig enbart att »så ska

jag aldrig själv göra».

**Läkare bör** vara uppmärksamma på att den kliniska undervisningen kan bli kontraproduktiv om man inte visar respekt för patientens självbestämmande.

**Vid undervisning** i undersökningsteknik och diagnostik förmedlas indirekt undervisning i medicinsk etik genom det goda eller dåliga etiska förhållningssätt som läraren visar.



Läkaren fungerar alltid som förebild (god eller dålig) för läkarstudenterna, och på det viset blir alla moment i den kliniska undervisningen samtidigt undervisning i medicinsk etik – även om det inte står etik på schemat.

Totalt bygger redovisningen på 20 deltagare i fyra fokusgruppintervjuer. Varje intervju tog cirka en timme.

## Lärarnas/läkarnas erfarenheter

De medverkande lärarna representerade både äldre och yngre och båda könen. På samtliga ställen genomförs en del av undervisningen av AT- eller framför allt ST-läkare. Det framkom att deltagarna sällan diskuterade den kliniska undervisningen i lärarkollegiet eller att det skulle finnas etiska problem i samband med undervisningen. De var dock medvetna om, speciellt yngre läkare, att tidspress kunde försvåra ett adekvat förfarande – »man kan då glömma att informera patienten om studenternas närvaro eller glömma att presentera studenten för patienten«. I stressiga situationer på akutmottagningen kunde det till och med upplevas som »jobbigt« att ha med en läkarstudent. Det framkom också att de erfarna lärarna upplevde att om man intog en defensiv strategi kunde det leda till att patienten tackade nej. Om man i stället presenterade den studerande som en »blivande kollega« ledde det sällan till ett nej. De deltagande lärarna framhöll att det var viktigt att läraren kunde »pejla in om det gick bra att tillfråga patienten«. De hade varierande erfarenhet av att ge förhandsinformation.

Framför allt på kvinnokliniken, där man i praktiken ger patienten rätt att bestämma könet på sin läkare, bl a av religiösa skäl, hade man erfarenhet av att patienter ibland sa nej till manliga läkarstudenter. På urologen uppfattades det vara ett mindre problem med kombinationen äldre manlig patient och yngre kvinnlig läkarstuderande, medan en yngre kvinnlig läkarstuderande och en yngre manlig patient ansågs kunna ge anledning till att patienten helst ville vara ensam med läkaren. På hudmottagningen brukar utlandsfödda patienter undantas från att delta om det på nybesöksremissen framgår att tolk krävs. På flera ställen utvärderades den kliniska placeringen och de enskilda lärarna efter det att studenterna varit där. En erfaren lärare gav uttryck för följande resonemang: »Om man bemöter läkarstudenter på ett bra sätt får man också bra utvärderingar.«

## Patienternas erfarenheter

Några av de medverkande patienterna angav att de kunde känna sig obehagliga om de upplever sig vara utanför eller om det i konsultationen är en övervikt av läkare. Om det är »två mot en« kan patienten känna sig i underläge. En patient framförde önskemål om att man skulle kunna få ta med sig en anhörig för att skapa balans. Ett önskemål från patienterna var att enbart en

student fanns med vid konsultationen. Förevisningar av patienter vid föreläsningar beskrevs som problematiska eller rent av »exploaterande«. Patienterna angav att de ville ha förhandsinformation eller i alla fall vara förberedda på att frågan om läkarstudentens närvaro kunde aktualiseras.

De aktuella patienterna angav att det var viktigt att det från början fanns »förtroende och rätt personkemi mellan läkaren och patienten«. Om man som patient har dåliga erfarenheter från tidigare läkarbesök kan man bli skeptisk till att låta läkarstudenter vara närvarande. Vissa patienter upplevde att de har moralisk skyldighet att ställa upp men betonade att de ändå ville bemötas på ett värdigt sätt. En av de psykiatriska patienterna angav att det var angeläget att patienten informeras om att även läkarstudenten har tystnadsplikt. Patienterna betonade också att de ville undvika att få frågan om det går bra att läkarstudenten närvarar när denne är i närheten – det minskar upplevelsen av frihet till att kunna tacka nej.

## Läkarstudenternas erfarenheter

De medverkande läkarstudenterna upplevde att läraren ibland är så angelägen om att ge en god undervisning att denne inte lägger märke till att patienten känner sig obehaglig i situationen. Två av de studerande hade varit med om att patienten faktiskt sagt nej, men »överläkaren hade kört över patienten« och sagt att »läkarstudenten visst ska få vara med«. De upplever då att det inte bara är patienten utan också läkarstudenten som känner sig besvårad.

Studenterna förefaller vara eniga om att man i en sådan situation inte lär sig någonting, eftersom hela situationen präglas av en dålig eller spänd stämning. Om patienten inte får ett bra bemötande av läraren sitter studenten kvar med en känsla av att »så där ska jag i alla fall aldrig göra«.

Läkarstudenterna påpekade att även om lärarens bemötande av dem har betydelse för hur man upplever en klinisk placering ansåg de dock att »lärarens bemötande av patienterna är viktigare – vi studenter letar hela tiden efter goda förebilder«. Om det är stressigt och läraren bara känner att läkarstudenten går i vägen upplevs det bättre att avstå från att vara närvarande. Om det t ex innebär att läkarstudenten glöms bort för att plötsligt bli kallad när exempelvis en gynekologisk undersökning ska genomföras känner sig både patienten och läkarstudenten besvårad.

När läkarstudenten presenteras kan det vara några få ord eller ett visst bemötande som avgör om patienten ställer upp eller inte. De medverkande studenterna gav uttryck för osäker-

het och oklarhet i sin roll, speciellt om andra personalgrupper ifrågasatte deras närvaro genom att fråga om patienten »nu är helt säker på att denne vill ha med läkarstudenten«. Studenterna beskrev också att det finns variation mellan klinikerna i hur de och patienterna blir bemötta. Vissa av studenterna var också fundersamma på om alla lärare verkligen har gått handledarutbildning.

## DISKUSSION

Även om det finns stora variationer i hur man utvecklat omhändertagandet av läkarstudenterna på klinikerna och bemötandet av patienterna kan det finnas vissa likheter vad gäller hur lärare, patienter och studenter uppfattar situationen. Det är viktigt att varje klinik försöker utveckla sina egna situationsanpassade riktlinjer eller strategier. Det mest angelägna tycks vara att läraren är uppmärksam på att det finns en etisk dimension i den kliniska undervisningen även om det inte står etik på schemat. Det finns studier som indikerar att de kliniska lärarna alltid fungerar som goda eller dåliga förebilder för hur man bemöter en patient [3].

I den omfattning läkarens dygder eller avsaknad av sådana fungerar som förebilder utgör all klinisk undervisning sålunda indirekt undervisning i medicinsk etik och kan sålunda underlätta eller hindra utvecklingen av ett etiskt förhållningssätt. I den omfattning lärarna fungerar som dåliga förebilder, talar man om »a hidden curriculum«, som kan äventyra betydelsen av all annan etikundervisning [3, 7, 12].

## Hinder

Vi sammanfattar de medverkandes beskrivning av hinder på följande sätt: Läraren betonar problem och tidspress och befarar att patienterna inte ställer upp om de får för mycket information. Patienten betonar ojämvikten om för många läkare/läkarstudenter deltar och vill bli respektfullt bemött. Den ambitiösa läraren uppfattas av de studerande som ett hinder då han eller hon i sin strävan att ge studenter klinisk undervisning till varje pris ibland uppnår precis det motsatta.

Tidspress går inte alltid att eliminera. Trycket på en mottagning eller klinik kan variera beroende på om det rör sig om akuta eller tidsplanerade besök. Vid tidspress förefaller det dock viktigt att läraren gör en avvägning mellan att låta studenten vara med eller inte. Om det finns risk för att både patienten och läkarstudenten känner sig obekväma i situationen kan det i värsta fall leda till att patienten nästa gång säger nej och att läkarstudenten endast får intryck av en dålig förebild.

Det finns randomiserade studier som har visat att läkarens farhågor om att patienter i ökad omfattning skulle tacka nej om de fick förhandsinformation om läkarstudenters närvaro inte stämmer [13, 14]. Även om det upplevs som ett hinder borde man möjligen revidera sina föreställningar. Samma studier har visat att förhandsinformation och öppenhet skapar förståelse för situationen samt att de få som faktiskt säger nej till att medverka i den kliniska undervisningen tidigare upplevt att de blivit kränkta i samband med att de medverkat. Vill läraren undvika att vara en dålig förebild och att kränka och därmed skrämma bort patienter finns det flera skäl att alltid ge information och om möjligt på förhand.

Studenternas upplevelse av att läraren som är för angelägen om att demonstrera sjukdomssymtom eller en undersökningsteknik ibland går för långt i denna strävan är intressant. Läkarstudenten kan då vara så uppfylld av obehag att undervisningsmomentet inte har något värde i sig. Som några av de intervjuade studenterna säger, kan det finnas stor risk att det enda som blir kvar är bilden av en kränkt och objektifierad patient och en lärare som inte gör som han lär ut [6].

## FAKTA 1

### Punkter värda att tänka på inför patienters medverkan i klinisk undervisning

- Om möjligt ges förhandsinformation om att läkarstudenter kan finnas med muntligt (vid behov via tolk) eller genom anslag/broschyr översatt till de största språken på mottagningen eller i kallelsebrevet till mottagningen.
- Tänk på att en patient som en gång känt sig illa bemött eller kränkt kommer ihåg detta, och det kan påverka patientens inställning till att medverka. Respektera därför en patients eventuella önskemål om att inte delta.
- Presentera läkarstudenten på ett sätt så att ingen känner sig obekväma. Informera om att studenten också omfattas av sekretessbestämmelserna.
- Försök inte att pressa en patient till att medverka. Det kan leda till att patienten känner sig obekväma – läkarstudenten lär sig då ingenting utom att han/hon bevitnar en dålig förebild.
- Undvik att ha med mer än en läkarstudent per besök. Patienten känner sig i underläge om flera läkare/läkarstudenter finns med.
- Vid tidspress är det bättre att överväga att inte ha med en läkarstudent om det finns risk att undervisningen blir kontraproduktiv.
- Tänk på att varje undervisningstillfälle i undersökningsteknik och diagnostik indirekt är undervisning i medicinsk etik (bemötande/förebild).
- Informationen och tillvägagångssättet vid patienters medverkan i klinisk undervisning av läkarstudenter måste anpassas till den speciella kliniken/mottagningen samt den omgivande socioekonomiska och kulturella kontext där undervisningen bedrivs.

## Främjande faktorer

Flera av uttalandena från både lärare, patienter och läkarstudenter indikerar att man är uppmärksam på värdet av den kliniska undervisningen. Patienterna tycks förstå att en förutsättning för att få den goda behandling de får i dag är att patienter tidigare ställt upp i den kliniska undervisningen av de nu verksamma läkarna. Detta kommer till uttryck i patienternas uppfattning att det kan vara en moralisk skyldighet att ställa upp. Både moralfilosofiska och empiriska undersökningar tyder på att detta resonemang förutsätter att patienten är välinformerad och inte tidigare blivit kränkt [14]. Vår studie indikerar att ett sätt att underlätta den kliniska undervisningen av läkarstudenter är att ha med enbart en student, att inte tala över huvudet på patienten och att informera och visa respekt för patientens önskemål.

I den omfattning det går att ta hänsyn till tidsperspektivet bör man avsätta ordentligt med tid för den kliniska undervisningen. Om det inte går att ta sådana hänsyn bör man noggrant överväga om det är lämpligt att låta en läkarstudent vara närvarande. Det kan vara viktigt att läraren får möjlighet att pejla inte bara om den aktuella patienten är lämplig och villig utan också om situationen är lämplig. Under tidspress, när patienten kanske fått vänta och kanske hunnit bli irriterad, kan det bli besvärligt att informera och tillfråga patienten. Resultatet kan bli att läraren helt låter bli att informera och bara låter läkarstudenten följa med. I situationer där läraren befarar att han/hon inte kommer att fungera som en god förebild beträffande bemötande tycks det vara viktigt att överväga att helt avstå från att låta läkarstudenten närvara.

De intervjuade studenterna hade funderingar om hur omfattande handledarutbildning de olika lärarna hade. Eftersom läraren ofta är en AT- eller ST-läkare är det kanske mer regel än

undantag att läkarstudenter stöter på lärare som inte har någon handledarutbildning. Ett sätt att underlätta den kliniska undervisningen skulle vara att utbilda framför allt ST-läkare i handledning, inklusive medicinsk etik. Genom att uppmärksamma de etiska aspekterna i den kliniska undervisningen kan man också få ämnet med i de dagliga diskussionerna på kliniken och därmed fokusera etiska problem som de studerande upplever.

### KONKLUSION

Den aktuella studien indikerar, enligt deltagarna, att alla moment i den kliniska undervisningen också innebär indirekt undervisning i etik och sålunda påverkar utvecklingen av ett etiskt förhållningssätt. Genom att bemöta patienten på ett bra eller dåligt sätt kan läraren, oavsett om det finns en avsikt eller inte, fungera som en god eller dålig förebild. Det förefaller därför vara bättre i vissa sammanhang, exempelvis vid tidspress, att avstå från att ha med en läkarstudent, hur intressant ett patientfall än må vara. En student som känner sig emotionellt besvårad genom att patienten blir dåligt bemött lär sig ingenting och bevitnar enbart en dålig förebild. Den studerande riskerar dessutom att bli frustrerad, därför att verkligheten inte överensstämmer med den tidigare givna etikundervisningen.

Även om det finns en rad generella aspekter på patienters medverkan i klinisk undervisning måste dessa anpassas till de specifika situationerna och förhållandena på den aktuella kliniken. Alla kliniker bör sålunda fundera över hur man på lokal nivå bäst formulerar sina egna riktlinjer i den kliniska undervisningen och hur dessa hålls vid liv bland personalen genom regelbunden handledarutbildning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Nationella mål för etikutbildningen i läkarprogrammen. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik 2007; <http://www.svls.se/cs-media/xyz/070918etik.pdf>
2. Ågård A, Hermerén G, Wahlqvist M. Utbildning i medicinsk etik på läkarutbildningen: Vad ska det vara bra för? *Läkartidningen*. 2003;100:4202-6.
3. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*. 2001;322:709-10.
4. Lynöe N, Engström I, Löfmark R, Sallin K, Uggla C, Thulesius H. Enkätstudie om medicinsk etik i läkarutbildningen. Goda förebilder och tid för reflektion saknas. *Läkartidningen*. 2007;104:676-8.
5. Thulesius HO, Sallin K, Lynöe N, Löfmark R. Proximity morality in medical school - medical students forming physician morality »on the job«: grounded theory analysis of a student survey. *BMC Med Educ*. 2007;7:27.
6. Papadakis MA. Do as I say, not as I do. *Am J Med*. 1998;104:605-6.
7. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical students suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical and personal development. *Acad Med*. 1994;69:670-9.
8. Lynöe N, Westberg K, Duchek M, Sandlund M. Informed consent in clinical training - patient experiences and motives for participating. *Med Educ*. 1998;32:465-71.
9. Riktlinjer vid patienters medverkan i den kliniska undervisningen av läkarkandidater. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik; <http://www.svls.se/cs-media/xyz/000003701.pdf>
10. Ekblad S, Bäärnhielm S. Focus group interview research in transcultural psychiatry. Research reflection of experiences. *Transcult Psychiatry*. 2002;39(4):485-501.
11. Wibeck V. Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur; 2000.
12. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69:861-71.
13. Westberg K, Sandlund M, Lynöe N. The effect of giving information in advance on the clinical training of medical students. *Med Educ*. 2005;39:1021-6.
14. Westberg K, Lynöe N, Lalos A, Löfgren M, Sandlund M. Getting informed consent from patients to take part in the clinical training of students: randomised trial of two strategies. *BMJ*. 2001;323:488.