

# Verktyg för mer konstruktiv återkoppling vid klinisk handledning

## Feedbackverktyg prövat på studenter och handledare i pilotstudie



**BONNIE BENGSSON**, AT-läkare, St Görans sjukhus AB (läkarstudent termin 11, Karolinska institutet, vid arbetets genomförande)

**SARI PONZER**, professor, överlä-

kare i ortopedi, dekanus, styrelsen för utbildning, Karolinska institutet; institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Stockholm  
sari.ponzer@ki.se

Återkoppling, positivt såväl som konstruktivt tillrättvisande, är en viktig komponent i den kliniska utbildningen. Återkoppling som ges korrekt underlättar inläringen och gör det möjligt för studenten att upptäcka vilka arbetssätt och färdigheter som kan utvecklas och förstärkas [1]. Det är dock svårt att både få och ge återkoppling. J Ende framhåller i en artikel [1] att handledares ovilja att ge återkoppling ofta grundar sig på rädsla för att väcka motvilja eller för att framkalla ett överdrivet försvar hos studenten.

Att läkarstudenter i Sverige inte anser att de får tillräckligt bra återkoppling vid kliniska placeringar är inget nytt. När läkarstudenterna i Lund intervjuades om styrkor och svagheter i läkarutbildningen framhöll de just bristen på konstruktiv respons på sina prestationer som ett av de största problemen [2]. I Medicine studerandes förbunds (MSF) handledarenkät för medicin- och kirurgkurserna i Sverige angav majoriteten av studenterna att deras personliga insatser inte följts upp tillräckligt av ansvarig handledare [3].

### Validerade feedbackverktyg i andra länder

På läkarutbildningar i Sverige används inget gemensamt validerat feedbackverktyg rutinmässigt. I anglosaxiska länder är det däremot vanligt. Mini-CEX (Mini-clinical-evaluation-examination) är en utvärderingsmetod som utvecklats och som används i USA, där handledaren fyller i Mini-CEX efter att ha observerat studenten i en patientsituation. Det finns flera studier som stödjer att användning av Mini-CEX främjar en strukturerad återkoppling på ett specifikt moment [4, 5]. Ett annat ofta använt feedbackverktyg i Kanada och USA är CEC (clinical encounter cards), där handledaren på en sexgradig skala bedömer studenternas förhållningssätt till patienten, deras förmåga att ta upp anamnes, utföra status, rapportera till handledare och ge förslag till utredning, diagnos och tera-

pi. Även CEC har visat sig vara ett effektivt feedbackverktyg [6]. I Storbritannien används ett annat formulär, DOPS (Direct observation of procedural skills), som främst utvärderar hur studenten utför ett specifikt moment, såsom att ta blodgasprov eller intubera [7]. Det finns även feedbackverktyg som helt inriktar sig på att bedöma studentens förhållningssätt till patienten. Ett av dessa är P-MEX, som togs fram i Kanada [8] och som har visat sig vara ett väl fungerande verktyg för återkoppling på studentens sätt att bemöta patienten [9].

Att ha en mall att utgå från skulle kunna tänkas underlätta för den mindre vane handledaren att strukturera återkopplingen och tänka igenom hur studenten presterat under utbildningspasset. Därtill kan det antas vara motiverande för studenter att handledas av en läkare som engagerar sig i deras utveckling och är beredd att ge synpunkter på deras prestation.

Denna pilotstudie avsåg att utveckla, pröva och utvärdera ett strukturerat feedbackinstrument att användas under klinisk tjänstgöring på akutmottagning. Det främsta syftet var att hjälpa handledarna att ge studenter konstruktiv återkoppling om hur de kan förbättra sina kunskaper, färdigheter och förhållningssätt i patientarbetet. Hypotesen var att användningen av ett feedbackinstrument skulle resultera i att studenter skulle rapportera att de fått en mer frekvent, konstruktiv och välstrukturerad återkoppling.

### MATERIAL OCH METOD

#### Första steget – fråga via sms om erhållen feedback

Som ett första steg i denna pilotstudie gjordes en enkel förfrågan till samtliga läkarstudenter (n = 100) på kliniska kurser på Södersjukhuset om erhållen feedback. Måndag till torsdag under vecka 46 år 2007 skickades ett sms per dag till samtliga studenter (totalt 400) med frågan: »Har du fått någon feedback i dag?« Studenterna hade dessförinnan muntligen informerats om studiens genomförande och om att feedback i detta sammanhang definierades som »återkoppling, skriftlig såväl som muntlig, på något du gjort under passet«. Studenterna hade också instruerats om att svara på sms:et endast om de hade en klinisk placering den aktuella dagen.

#### Andra steget – konstruktion och prövning av verktyget

Den andra delen av denna pilotstudie fokuserade på att ta fram och därefter låta en begränsad grupp läkarstudenter under sin kliniska placering på akutmottagning pröva ett nytt feedbackinstrument. Läkarstudenter på kirurgkursen (termin 8) bedömdes vara en lämplig målgrupp. Denna väldefinierade studentgrupp med några års erfarenhet av klinisk handledning var lätt att få kontakt med och potentiella hand-

### SAMMANFATTAT

**Läkarstudenter i Sverige** anger bristen på konstruktiv återkoppling som ett av de största problemen med läkarutbildningen. **Syftet med denna pilotstudie** var att utveckla, pröva och utvärdera ett strukturerat feedbackverktyg för läkarstudenter under deras kliniska placering på akutmottagning. **Efter introduktion av feedbackverktyget** ansåg flertalet

studenter att de fått både mer och mer motiverad feedback än tidigare. Få uppgav dock att de hade fått konkreta råd. **Handledarna ansåg** att de hade gett mer feedback än tidigare. De flesta menade att man skulle fortsätta använda feedbackformuläret. **Användning av** ett feedbackinstrument kan bidra till mer konstruktiv återkoppling.

**FIGUR 1.** Feedbackinstrument att användas för bedömning av studentens prestation under ett utbildningspass på akutmottagning.

	Kan förbättras	Bra	Mycket bra	Ej bedömbart
<b>Kunskaper</b>				
Diagnosförslag				
Utredningsförslag				
Behandlingsförslag				
<b>Färdigheter</b>				
Anamnstagning				
Status				
Överrapport till handledare				
Journalföring				
<b>Förhållningssätt</b>				
Patientbemötande <sup>1</sup>				
Bemöter patientens behov <sup>2</sup>				
Informerar patienten om handläggning/diagnos				
<b>Läs på</b>				
<sup>1</sup> Visar om studenten hälsar och presenterar sig.				
<sup>2</sup> Visar om studenten bekräftar patienten (tröstar om ledsn, lugnar om orolig osv) och om studenten lyssnar aktivt.				

ledare under akutmottagningspass möjliga att informera. Att pilotstudien genomfördes på en akutmottagning grundade sig på förstaförfattarens (BB) positiva erfarenheter som utbytestudent på motsvarande enhet i Kanada, där »clinical encounter cards« [6] användes.

Genom diskussioner med ett flertal läkarstudenter och handledare samt litteraturstudier utarbetades ett nytt formulär, feedbackinstrumentet (Figur 1). Vi valde att använda »kunskaper, färdigheter och förhållningssätt« som bedömningsområden, i analogi med högskoleförordningen. Varje bedömningsområde definierades vidare i underrubriker med användning av termer som förekommer i den kliniska verksamheten och därmed bedömdes vara bekanta för både studenter och handledare. Studentens prestation inom respektive område skulle betygsättas av handledaren (»kan förbättras«, »bra«, »mycket bra« eller »ej bedömbart«) efter varje pass. Handledaren hade dessutom möjlighet att under rubriken »Läs på« betona något som hon eller han ansåg att studenten skulle ha nytta av att fördjupa sina kunskaper inom. Samtliga läkarstudenter på kirurkursen (n=29) uppmanades att efter vart och ett av sina fem första pass på akutmottagningen be sina handledare att fylla i feedbackformuläret och sedan lämna dessa till en av författarna (BB). Studenterna informerades om att deltagandet var frivilligt. Alla studenter utom en samtyckte till att delta.

Potentiella handledare informerades om pilotstudiens syfte och om att vid begäran från studenter ge muntlig feedback och fylla i feedbackformuläret. Alla kirurger och ortopedier fick ett informationsblad i sina postfack och informerades muntligen på klinikmöten. Akutläkarna informerades endast muntligen på ett morgonmöte. Ingen specifik utbildning erbjöds handledarna om hur man ska ge feedback.

### Tredje steget – utvärdering av nyttan av verktyget

I tredje steget av detta pilotprojekt användes frågeformulär

## »Resultaten av denna pilotstudie visar att många läkarstudenter inte anser sig få feedback under en vanlig klinisk dag.«

som distribuerades via en webbenkät till alla läkarstudenter som hade samtyckt till att delta (n=28) och till de handledare som använt feedbackinstrumentet (n=24). Frågorna fokuserade på deltagarnas uppfattning om feedbackinstrumentets innehåll och användning, om återkopplingen påverkades av instrumentet och om verktygets användbarhet i framtiden.

### RESULTAT

Av totalt 400 utskickade sms besvarades 189 (43–55 svar per dag). Sammanställningen visade att i 61 procent av fallen ansåg sig studenten inte ha fått någon feedback alls.

Deltagande studenter från kirurgterminen (n=28) inlämnade totalt 49 (1–3 per student) ifyllda feedbackformulär (Figur 1) med sammanlagt 490 handledarbedömningar inom områdena »Kunskaper« (tre omdömen), »Färdigheter« (fyra omdömen) och »Förhållningssätt« (tre omdömen). Handledaren gav studenten omdömet »mycket bra« i 64 procent av fallen, »bra« i 17 procent, »ej bedömbart« i 17 procent och »kan förbättras« i 2 procent av fallen. I 13 av feedbackformulären hade handledaren gjort samma bedömning avseende alla tre bedömningsområden. I åtta av formulären hade handledare skrivit en kommentar under rubriken »Läs på«.

Av de 22 läkarstudenter (79 procent) som besvarade webbenkätutvärderingen ansåg nio sig ha fått mer feedback när feedbackinstrumentet användes, och sju menade att de också fått bättre och mer motiverad feedback. Fyra studenter angav att de fått konkreta tips av sin handledare. Hälften (elva) av studenterna ville att man skulle fortsätta använda feedbackinstrumentet på akutmottagningen, och 18 ansåg att det hellre skulle användas på andra placeringar och även under tidigare terminer, exempelvis medicinkursen.

På fråga om det var »jobbigt« att få feedback menade sex studenter att så var fallet, och fem ansåg att de blivit dåligt bemötta när de ville ha formuläret ifyllt.

Fjorton av de 24 tillfrågade handledarna besvarade frågeformuläret, och av dem menade hälften (sju) att de inte hade fått information om studien innan studenten bad om att få feedbackinstrumentet ifyllt. Samtliga uppgav att det tagit mindre än fem minuter att fylla i formuläret, och ingen ansåg att tiden som togs i anspråk var alltför omfattande. På frågan om de tyckte sig ha gett mer feedback än tidigare menade sex att så var fallet. Elva ansåg att man skulle fortsätta använda feedbackformuläret på akuten och att samma instrument skulle kunna användas även på andra placeringar.

### DISKUSSION

Resultaten av denna pilotstudie visar att många läkarstudenter inte anser sig få feedback under en vanlig klinisk dag och att situationen förefaller kunna förbättras, åtminstone på en akutmottagning, genom att använda ett strukturerat feedbackinstrument.

### Feedback förekommer alltför sällan

Syftet med detta pilotprojekts första del var att få en grov uppskattning om förekomsten av feedback under en sedvanlig klinisk placering. Eftersom nästan alla numera har mobiltelefon valdes sms som metod för att kunna genomföra en enkät i realtid. Av alla skickade sms besvarades 47 procent, och i knappt

40 procent av svaren angav studenterna att de hade fått feedback under den aktuella dagen.

En möjlig förklaring till det stora bortfallet kan vara att studenterna hade instruerats om att svara på sms:et endast om de hade en klinisk placering, och information om hur stor andel av studenterna som faktiskt hade en klinisk placering saknades. Det finns också en risk att vår breda definition av feedback kan ha tolkats olika av olika individer. Trots alla metodologiska brister pekar resultaten på att många läkarstudenter inte fick den återkoppling de skulle ha önskat sig. Detta stämmer väl överens med MSF:s handledarenkät från 2006, där majoriteten av studenterna ansåg att deras personliga insatser eller patientkontakter inte följts upp tillräckligt av ansvarig läkare [10]. Framför allt visade resultaten att det planerade andra steget, att ta fram och pröva ett feedbackinstrument, skulle kunna vara av värde.

## Feedbackinstrument för klinisk handledning på akuten

Feedbackinstrumentet var enkelt och kort (Figur 1) men skulle ändå möjliggöra en strukturerad återkoppling efter ett pass på akutmottagning [6]. Erfarna handledare med pedagogisk utbildning och vana att arbeta med studentaktiverande metoder ger sannolikt återkoppling till studenterna även under ett stressigt pass på en akutmottagning. Målgruppen för detta feedbackinstrument var därför »vanliga« jourhavande läkare, som oftast är de handledare studenterna möter. Vår bedömning var således att mer ingående återkoppling från en handledningsutbildad läkare inte var möjlig att åstadkomma.

Vårt mål var i stället att få samtliga potentiella handledare, mer eller mindre pedagogiskt utbildade och intresserade specialitetsläkare, ST-läkare eller AT-läkare, att göra några konstruktiva reflektioner om hur studenten presterat under passet. Det är givetvis angeläget att alla potentiella handledare har handledarutbildning, men erfarenheten visar att så oftast inte är fallet. Därför ansåg vi att stöd i handledning, såsom att använda ett feedbackinstrument, kunde vara ett steg i rätt riktning.

Vi var medvetna om att bedömningsområdena överlappade varandra i den kliniska verkligheten, men den valda indelningen i feedbackinstrumentet kunde motiveras, då den dels bestod av välkända begrepp för både studenter och handledare, dels skulle kunna tvinga handledarna att vara mer precisa i sin återkoppling.

## Studenternas erfarenheter

De flesta studenter som lämnade in sina feedbackinstrument för sammanställning för denna studie hade fått goda omdömen av sina handledare. Att endast 2 procent av alla bedömningar resulterade i uppmaningen »kan förbättras« var något förvånande. Vad detta återspeglar är inte självklart. Är läkarstudenter extremt duktiga, är handledaren rädd för att göra studenten ledsen eller är kraven på studenterna för låga? En tänkbar orsak kan också vara handledarnas brist på kunskap om vad studenterna faktiskt förväntas kunna [10].

Man kan även ställa sig frågan om feedbackinstrumentet borde ha haft fastställda och mer objektiva kriterier för att underlätta bedömningen och få bättre spridning i bedömningarna. Ytterligare en möjlig förklaring kan vara selektion i bortfallet: att de studenter som fick mindre bra omdömen inte lämnade in sina ifyllda blanketter för sammanställning.

Möjligheten att använda rubriken »Läs på« utnyttjades av få handledare. Tanken med »Läs på« var att handledaren skulle ge förslag på något som studenten behövde repetera eller något som kunde vara intressant för studenten att fördjupa sig i med anknytning till det aktuella akutpasset. Kanske upp-

fattade handledarna det som att rubriken avsåg något studenten redan borde ha kunnat i stället för en uppmaning till studenten att sätta sig in i ett specifikt område. Rubriken skulle därför kunna omformuleras till »Tips« och då även inrymma förslag på förbättring av studentens praktiska färdigheter och attityd.

Även om endast en mindre andel ifyllda blanketter kunde insamlas uppgav flera studenter att de fått mer och/eller mer motiverad feedback än vid kliniska pass där verktyget inte användes. Flera önskade att feedbackinstrumentet skulle fortsätta att användas – och dessutom även inom andra kliniska placeringar.

En fjärdedel av studenterna rapporterade att det hade varit »jobbigt« att be om feedback. De upplevde att de dels besvärade handledarna, dels hade blivit dåligt bemötta när de bad om återkoppling. Några studenter tyckte att det var »jobbigt« att ta emot feedback, dels för att feedbacken i vissa fall inte var relevant men också för att de var ovana vid att få feedback. Om feedback skulle betraktas som en naturlig (och i det närmaste obligatorisk) del av den kliniska handledningen skulle det sannolikt leda till att studenterna skulle bli mer vana att både fråga om och ta emot feedback [1].

## Handledarnas erfarenheter

Endast 14 handledare besvarade uppföljningsformuläret, och hälften av dem menade att de varken hade sett eller hört talas om feedbackinstrumentet innan studenten bad om att få feedback. Detta illustrerar svårigheten med att nå alla berörda parter i en klinisk utbildningsmiljö. Trots den bristande förhandsinformationen ansåg flera av handledarna att de hade gett mer feedback än annars, och de flesta ansåg att feedbackinstrumentet skulle behållas. Ingen av dem som besvarade enkäten ansåg att feedback med denna metod hade tagit för lång tid i anspråk. Feedback är viktigt för inläringen och det har visats att lärare som ger feedback får bättre omdöme än de som inte gör det [11].

## KONKLUSION

Denna pilotstudie visar att enkla feedbackinstrument kan komma väl till pass på en akutmottagning, där kontakterna student-lärare-patient är korta men intensiva. Annan typ av strukturerad feedback med mer ingående bedömning av studentens prestation är motiverad vid längre placeringar. Användning av feedback i undervisningssammanhang torde bidra till att såväl studenter som lärare får större vana vid att utnyttja och därmed dra nytta av de positiva effekter på inläringen som feedback har. All feedback förutsätter dock aktiv handledning där studenten observeras i en patientsituation, men det kännetecknar också all god klinisk handledning.

Baserat på våra erfarenheter från denna pilotstudie förefaller det angeläget att vidareutveckla enkla feedbackinstrument som kan användas i den kliniska vardagen. Ett verktyg av så enkelt slag som det vi presenterat skulle kunna vara ett första steg mot målet att varje student under varje klinisk placering får konstruktiv återkoppling. Samtidigt vore det önskvärt att alla potentiella handledare erbjuds utbildning i handledning och i hur man ger feedback.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(8):777-81.
2. Lärar/Studentbarometern – medicinska fakulteten. Lund: Utvärderingsenheten, Lunds universitet, 2006. Rapport nr 2006:239.
3. Handledningsenkät 2006. [http://www.lakarforbundet.se/upload/Handledningsenkät\\_2006.pdf](http://www.lakarforbundet.se/upload/Handledningsenkät_2006.pdf)
4. Norcini J, Blank L, Duffy D, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann*

- InternMed. 2003;138:476-81.
5. Durning SJ, Cation LJ, Markert RJ, Pangaro LN. Assessing the reliability and validity of the mini-clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. *Acad Med.* 2002;77(9): 900-4.
  6. Ozuah PO, Reznik M, Greenberg L. Improving medical student feedback with a clinical encounter card. *Ambul Pediatr.* 2007;7(6): 449-52.
  7. Burch V, Norcini J. Work-placed assessment as an educational tool: AMEE guide no. 31. *Medical Teacher.* 2007;29:855-71.
  8. Cruess S, Cruess R. Professionalism initiative. *Vital Signs* - the newsletter of McGill University Department of Medicine. 2007; 2(2). [http://www.medicine.mcgill.ca/deptmedicine/newsletter/Newsletter\\_June\\_2007.pdf](http://www.medicine.mcgill.ca/deptmedicine/newsletter/Newsletter_June_2007.pdf)
  9. Cruess R, McLroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. *Acad Med.* 2006;81(10 Suppl): S74-8.
  10. Hammar M, Asp M, Berlin G, Dahlström U, Eintrei C, Ekdahl A, et al. Ny handlingsplan för bättre klinisk handledning av studenter. *Läkartidningen.* 2006;103:649-54.
  11. Bienstock JL, Katz NT, Cox SM, Hueppchen N, Erickson S, Pusch-eeck EE; Association of Professors of Gynecology and Obstetrics Undergraduate Medical Education Committee. To the point: medical education reviews - providing feedback. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:508-13.

**Kommentera** denna artikel på [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se)

# Annonsera efter läkare?

En annons  
i *Läkartidningen*  
ger automatiskt  
en annons på  
vår jobbsajt  
**Karriär&Arbete**

Utmanande  
saklig

**Läkartidningen**