

# **Fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinsk utdanning - med bruk av teaterfaglige virkemidler**

**Torild Jacobsen**



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)

ved Universitetet i Bergen

2010

Dato for disputas: 20.01.2011

*The dialogic nature of consciousness. The dialogic nature of human life itself. The single adequate form for verbally expressing authentic human life is the open-ended dialogue. Life by its very nature is dialogic. To live means to participate in dialogue: to ask questions, to heed, to respond, to agree, and so forth. In this dialogue a person participates wholly and throughout his whole life: with his eyes, lips, hands, soul, spirit, with his whole body and deeds. He invests his entire self in discourse, and this discourse enters into the dialogic fabric of human life, into the world symposium.*

*Mikhail Bakhtin*

## **Fagmiljø**

Denne avhandlingen er gjennomført ved Seksjon for allmenntmedisin/Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

---

# Innhold

<b>TAKK</b> .....	<b>6</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>PUBLIKASJONSLISTE</b> .....	<b>12</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>13</b>
<b>2. BAKGRUNN</b> .....	<b>15</b>
2.1 SIMULERTE PASIENTER.....	15
2.2 SIMULERTE PASIENTER - FORSKNING.....	17
2.3 STANDARDISERT ELLER SIMULERT, TO BEGREPER FOR SAMME FENOMEN?.....	22
<b>3. FORMÅL OG FORSKNINGSMÅL</b> .....	<b>24</b>
3.1 FORMÅL.....	24
3.2 OVERORDNET MÅL.....	25
3.3 DELSTUDIENES MÅL.....	25
<b>4. MODELLENE</b> .....	<b>27</b>
4.1 MODELL 1, BAKGRUNN.....	27
4.2 MODELL 1; FREMADRETTET PEDAGOGISK PRINSIPP - KUNNSKAP I KONTEKST.....	29
4.3 MODELL 2; TILBAKESKUENDE PEDAGOGISK PRINSIPP - FORHÅNDSDEFINERTE LÆRINGSMÅL.....	32
4.4 MODELL 1 OG 2 - HOVEDFORSKJELLER.....	35
<b>5. LÆRING</b> .....	<b>38</b>
5.1 SYN PÅ LÆRING.....	38
5.2 LÆRING VED ERFARING OG FIKSJON.....	41
5.3 KLINISK KOMMUNIKASJONSTRENING – ERFARINGSBASERT LÆRING.....	42

---

<b>6. TEORIER ANVENDT I DELSTUDIENE .....</b>	<b>44</b>
6.1 STANISLAVSKIJS SKUESPILLERTEORI .....	45
6.2 BAKHTINS DIALOGISKE TEORI.....	47
<b>7. ARTIKLENE – METODISKE TILNÆRMINGER OG RESULTATER.....</b>	<b>51</b>
7.1 ARTIKKEL I: ELEMENTS FROM THEATRE ART AS LEARNING TOOLS IN MEDICAL EDUCATION...51	
7.2 ARTIKKEL IV: UTILIZING THEATRICAL TOOLS IN CONSULTATION TRAINING. A WAY TO FACILITATE STUDENTS' REFLECTION ON ACTION? .....	61
7.3 ARTIKKEL II: ANALYSIS OF ROLE-PLAY IN MEDICAL COMMUNICATION TRAINING USING A THEATRICAL DEVICE THE FOURTH WALL .....	64
7.4 ARTIKKEL III: CREATING THE SIMULATED PATIENT THROUGH DIALOGUE - AN APPROCH BASED ON BAKHTIN'S DIALOGICAL THINKING .....	68
<b>8. FORFORSTÅELSE I RELASJON TIL KUNNSKAPSGENERERING.....</b>	<b>74</b>
<b>9. ETIKK.....</b>	<b>78</b>
<b>10. DISKUSJON .....</b>	<b>80</b>
10.1 FORSKNING PÅ MEDISINSK UNDERVISNING, ET BLIKK.....	80
10.2 DEN FJERDE VEGGEN.....	81
10.3 TROVERDIGHET – EN FORUTSETNING FOR Å VÆRE EN GOD SIMULANT?.....	84
10.4 AVHANDLINGENS STYRKER OG BEGRENSNINGER .....	87
<b>11. VIDERE FORSKNING.....</b>	<b>92</b>
<b>12. REFERANSER.....</b>	<b>94</b>

Vedlegg 1, 2

Artikkel I-IV

## Takk

Dette doktorgradsarbeidet er gjennomført ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, hvor jeg har arbeidet i kommunikasjonsundervisningen i medisinerutdanningen som simulert pasient og vært stipendiat siden 2003. Først vil jeg få takke professor i allmennmedisin, Anders Bærheim. Anders inviterte meg til å være med i undervisningen som angikk klinisk kommunikasjon og i forskning på dette feltet. Han har vært den beste støttespiller gjennom hele arbeidet med avhandlingen.

En takk også til biveileder, professor Margret Lepp ved Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, som har kommet med kloke innspill i forbindelse med den andre artikkelen i dette arbeidet. Takk også til professor Edvin Schei ved UiB for god hjelp og veiledning et stykke på vei.

Professor Bjørn Rasmussen ved Institutt for kunst- og medievitenskap, NTNU, har som hovedveileder vært til uvurderlig hjelp i arbeidets siste fase sammen med biveileder Førsteamanuensis Målfrid Råheim ved ISF. Kjære Bjørn og Målfrid, uten dere er jeg ikke sikker på at dette arbeidet hadde kommet i havn.

En stor takk til gode samarbeidspartnere i kommunikasjonsundervisningen ved vårt institutt: Eivind Meland, Gunnar Bondevik, Per Stensland, John Nessa og Ole Bernt Fasmer. Det har vært en sann fryd å arbeide sammen med dere! Dere har alle, ikke minst inkludert Anders, oppmuntret meg til å våge mer, vise mer og bruke flere sider av meg selv som skuespiller og menneske i medisinsk undervisning.

Jeg vil også få takke det allmennmedisinske miljøet ved ISF for interessante forskningsmøter og spennende faglige samtaler. Likeledes vil jeg takke alle ved Forskningsgruppen for fysioterapivitenskap hvor jeg har hatt kontor i årene som stipendiat. Vi har hatt viktig lunch-samtaler med mye latter, men også med spennende faglig tyngde.

En hjertens takk også til alle simulerte pasienter ved Kommunikasjons Laboratoriet (KomLab).

Så vil jeg få takke mine foreldre, Sol og Kaare for all mulig støtte, ikke minst økonomisk. Og helt til slutt: en stor takk fra hjertet til mine tre barn, David, Joakim og Irina med en ekstra klem til Irina som levde så tett innpå meg i disse krevende årene. Dere er stjernene i livet mitt!

## Sammendrag

Simulerte pasienter benyttes i dag over hele verden i forbindelse med klinisk kommunikasjonstrening. Bruk av simulerte pasienter vil innebære bruk av fiksjon. Grunnelementer i en teatral fiksjon er forflytning i tid og rom, samt figur(er) i ulike grader av agering/simulering og tekst.

Det overordnede mål for dette forskningsarbeidet var å undersøke og beskrive fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinstudiet med virkemidler fra det teaterfaglige feltet med særlig fokus på kunstdidaktiske elementer som den fjerde veggens didaktiske funksjon, troverdighet i simuleringen og betydningen av *in situ* bygging av simulansens rolle i lys av kulturteori.

Avhandlingen består av fire delstudier (Artikkel I,II, III og IV). Delstudie 1, 2 og 4 har som utgangspunkt en pedagogisk treningsmodell, modell 1, som er et nytt bidrag i feltet med base i dette arbeidet. Denne modellen tar sitt utgangspunkt i at kunnskap skapes individuelt i kontekst. Modellen egner seg best i forbindelse med kommunikasjonstrening i større grupper. Delstudie 3 har sitt utgangspunkt i en annen pedagogisk treningsmodell, modell 2, som innbefatter et kunnskapssyn om at kunnskap skapes og tilegnes på bakgrunn av forhåndsdefinerte læringsmål med forventet læringsutbytte. Denne modellen er en en-til-en trening mellom simulert pasient og medisinstudent, hvor studenten får tilbakemelding fra den simulerte pasienten ut fra forhåndsdefinerte læringsmålene.

Delstudie 1 beskriver hvordan teaterfaglige grep var benyttet i modell 1. Stanislavskijs skuespillerteori var startpunktet. Vi stimulerte medisinstudentene til, gjennom refleksjon og innlevelse, kollektivt å utvikle en konsultasjon med en simulert pasient. Studentene rapporterte om konkret læringsutbytte i relasjon til økt mestring av vanskelige konsultasjoner.

Delstudie 2 benyttet nærlesning som metodisk grep i analysen av et videoopptak av en workshop, hvor modell 1 var presentert. Målet med denne studien var å undersøke 'den fjerde veggens' posisjoner og didaktiske funksjoner i medisinsk kommunikasjonstrening når en bruker en rollespillmodell grunnleggende lik en



teaterforestilling. Tre ulike posisjoner for den fjerde veggen ble identifisert, avhengig av dialogens kommunikasjonsretning.

I delstudie 3 ble data fra trening av studenter i modell 2 belyst gjennom tre sentrale aspekter fra Bakhtins dialogiske ytringsteori. Målet var å undersøke den øyeblikkskapte interaksjonen mellom medisinstudenten og den simulerte pasienten med spesifikt fokus på *in situ* bygging av pasientkarakteren. Vi utledet, gjennom eksempler, hvordan Bakhtins teori kan bidra til å forstå videreutviklingen av pasientkarakteren.

Delstudie 4 er en studentevaluering av læringsutbytte i modell 1. Analysen baserer seg på feltnotater, studentenes fritekstevalueringer og to fokusgruppeintervjuer. Data ble analysert ved Systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis metode med fokus på studentenes læringserfaringer.

Å anvende virkemidler fra det teaterfaglige feltet i klinisk kommunikasjonstrening er utfordrende. Det har ført til at jeg har prøvd ulike forskningsmetodologier. Denne forskningen kan betraktes som et bidrag til sterkere belysning av den kvalitative og humanistiske siden ved fiksjonsbasert kommunikasjonstrening.

## Abstract

Simulated patients are today used world wide in clinical communication training. Using simulated patients will imply the use of theatrical fiction. Basic elements of a theatrical fiction are relocation of time and space in addition to character(s) in some degree of acting/simulation and text.

The main aim of this thesis was to elucidate and describe fiction based medical communication training with devices from the art of theatre with special focus on art didactical elements as the fourth wall's didactical function, the believability of the simulation and the importance of the *in situ* building of the simulated patient's character in elucidation of culture theory.

The thesis consists of four sub-studies (Article I – IV). Sub-studies 1, 2 and 4 are based on recently developed communication training model aiming at training individuals in greater groups (Model 1). In this model students are stimulated to define own context-based learning goals. Sub-study 3 is based on a conventional training model used in most North-American medical schools (Model 2). This model is based on individual encounters, and the student gets feed-back from the simulated patient based on pre-defined learning goals.

Sub-study 1 describes how theatrical tools mainly, as described by Stanislavskij, were utilised in Model 1. Through participation and reflection we stimulated the students to collectively develop a consultation with a simulated patient. The students reported learning outcomes in terms of mastering difficult consultations.

In sub-study 2 close-reading was used as methodological tool in the analysis of a video-recording from a session of Model 1. The aim was to explore the positions and didactic functions of the fourth wall in medical communication training, using a role-play model basically similar to a theatrical performance. Three different positions were identified, all depending on the direction of the ongoing communication.

In sub-study 3 we let the three central aspects of Bakhtin's dialogical theory interplay with data from training students by Model 2 in an abductive process. The aim was to explore the impromptu interaction between the medical student and the

simulated patient with a specific focus on the *in situ* building of the SP's character. Three features from Bakhtin's theory of the utterance were applied in an abductive process to investigate the impromptu interaction between the student and the simulated patient with a focus on the *in situ* building of the simulated patient's character. We derived, through examples, how Bakhtin's theory may contribute to the impromptu building of the simulated character.

In sub-study 4 the students evaluate their learning outcome in Model 1. The analysis is based on field notes, the students' free-text evaluations, and two group interviews. Analysis was done by Systematic text condensation, inspired by Giorgi's method, with focus on students' learning experiences.

Utilising theatrical tools in clinical communication training is challenging, and made me adopt various methodologies. My research may be regarded as a contribution to increased focus on the qualitative and humanistic aspects of fiction based communication training.

## Publikasjonsliste

I) Alraek<sup>1</sup>, T.J., & Baerheim, A. (2005). Elements from theatre art as learning tools in medical education. *Research in Drama Education*, 10(1), 5-14.

II) Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M. R., & Schei, E. (2006). Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education*, 6, 51.

III) Jacobsen, T., Råheim, M., & Rasmussen, B. (2009). Creating the simulated patient through dialogue - an approach based on Bakhtin's dialogical thinking. *The Applied Theatre Researcher*, 19, 6<sup>2</sup>.

IV) Baerheim, A., & Alraek, T. J. (2005). Utilising theatrical tools in consultation training. A way to facilitate students' reflection-in-action? *Medical Teacher*, 27(7), 652-654.

---

<sup>1</sup> I 2005 skiftet jeg navn fra Torild Jacobsen Alræk til Torild Jacobsen.

<sup>2</sup> Artikkel II og III er publisert i internetbaserte tidsskrifter, som kun finnes i nettsversjoner.

---

# 1. Innledning

Kommunikasjon er som fenomen komplekst og sammensatt. En av årsakene til kompleksiteten er at alle former for kommunikasjon vanligvis består av signaler og tegn av både språklig og ikke-språklig karakter. Signaler og tegn vil alltid kreve en tolkning av mottaker dersom de skal forstås (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjon i dagliglivet og profesjonell klinisk kommunikasjon hviler på dagliglivets kommunikasjon i sin alminnelighet, men er likevel ikke det samme. En profesjonell, helsefaglig kommunikasjon, som en samtale mellom lege og pasient må defineres som, vil alltid ha utgangspunkt i at den ene skal være til hjelp for den andre ut fra sin profesjonelle kompetanse, mens den andre søker hjelp for et helseproblem. Møter mellom lege og pasient har alltid helt spesielle hensikter. Dette gir en asymmetri i samtalen som vanligvis ikke er tilstede i hverdagssamtalen. I denne asymmetrien ligger også legens definisjons- og beslutningsmakt, som i ytterste konsekvens kan være avgjørende for den hjelpsøkendes være eller ikke være.

At kommunikasjon mellom lege og pasient tas på alvor i dag viser seg i medisinstudenter på ulike nivåer, fra grunnutdanning til etterutdanning verden over. Kommunikasjonstrening er ved de fleste universiteter en obligatorisk del av utdanningen. I Skandinavia benyttes vanligvis videoinnspilte autentiske konsultasjoner eller rollespill med ulike former for tilbakemelding etterpå i undervisningen og treningen av medisinstudenter. I tillegg benyttes i økende grad simulerte pasienter i kommunikasjonstrening. I det vesentlige benyttes pasientsentrert metode (Mabeck, 1994; McWhinney, 1989; Meland, Schei, & Baerheim, 2000) som referanseramme i de ulike treningsmodellene. I denne metoden betraktes pasienten som et selvstendig agerende individ. Likeverd og selvbestemmelse står sentralt i denne metoden. Pasientsentrert metode er vesentlig utviklet av allmenntilleggsmedisinere.

Dersom medisinstudenter skal kunne trene på den kliniske samtalen, må den kliniske samtalen defineres og systematiseres. Forskning har vist at det lar seg gjøre både å identifisere kliniske ferdigheter på et delferdighetsnivå (Kurtz, Draper, & Silverman, 2005), og at disse ferdighetene bedres ved trening (Aspegren & Lønberg-

Madsen, 2005). Til tross for dette, er det store forskjeller på hvor mye plass og hvilken form kommunikasjonstrening har ved de enkelte universitetene verden over.

Denne avhandlingen omhandler enkelte aspekter ved medisinstudenters kommunikasjonstrening. Avhandlingen består av fire publiserte artikler<sup>3</sup> (delstudie<sup>4</sup> 1-4) foruten denne sammenskrivingen. To ulike treningsmodeller for klinisk kommunikasjonstrening, heretter kalt modell 1 og modell 2, danner grunnlaget for de fire delstudiene. Begge modellene benytter simulerte pasienter, men på forskjellig måte. Modell 1 er en nyvinning innen medisinsk kommunikasjonstrening. Derfor har ikke denne modellen tidligere forskning å vise til eller sammenligne seg med. Modell 2 er en veldokumentert og gjennomprøvd modell som har vært benyttet siden 1960 tallet. I avhandlingen er søkelyset satt på det fiksjonsbaserte, og da først og fremst den simulerte pasienten i de to modellene. Avhandlingen avgrenses til å omhandle fiksjon skapt av levende mennesker, og ikke teknologibasert fiksjon (for eksempel bruk av IT teknologi eller kunstige modeller). Teknologibasert fiksjon representerer i seg selv en stor treningsarena i medisinsk undervisning verden over. Begreper og teorier fra det teater-/dramafaglige feltet er benyttet i undersøkelsene på ulike måter. Modell 1 er utgangspunkt for artikkel I, II og IV. Modell 2 er utgangspunkt for artikkel III.

---

<sup>3</sup> Artikkene refereres med romertallene I-IV.

<sup>4</sup> Når de omtales som delstudier er tallene 1-4 benyttet.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Simulerte pasienter

Dette kapitlet skal omhandle forhistorien for, bruken av og forskning på simulerte pasienter slik den vanligvis foregår, og slik vi anvender simulanter i modell 2.

Generelt kan det sies at denne måten å anvende simulerte pasienter på hviler på et behavioristisk læringssyn i og med forhåndsdefinerte læringsmål og skårlistene knyttet til læringsmålene. Jeg velger å beskrive denne tradisjonen relativt detaljert både historisk og forskningsmessig. Årsaken til det er at det er den simulerte pasienten som fenomen som er omdreiningspunktet for alle delstudiene, samt at det er innen denne tradisjonen man finner forskning på feltet.

Nevrolog og medisinsk underviser Howard Barrows ved Universitetet i California var pioneren som innførte simulerte pasienter i medisinsk undervisning på 1960 tallet. Barrows startet med å trene en kvinne til å illudere multippel sklerose med lammelse og følelsetap i armer og ben, sykelige utslag ved testing av reflekser og et blindt øye, med andre ord et særdeles komplekst pasienttilfelle (Barrows & Abrahamson, 1964). Han valgte dette tilfellet nettopp fordi det var komplisert å simulere. Barrows var av den oppfatning at dersom dette sykdomstilfellet lot seg fremstille av en simulert pasient på en troverdig måte, måtte det la seg gjøre å benytte simulanter i undervisningen også i andre mindre krevende pasienttilfeller. Barrows innovative undervisningsmetoder i nevrologi møtte massiv motstand ved universitetet, men motstanden til tross, Barrows fortsatte sin undervisning. Han hadde mange argumenter for hvorfor, blant annet, repeterbarhet, den etiske siden av problemet og den objektive tilbakemeldingen fra simulanten til studenten (Barrows, 1968). Listen under, som er fra Standardized Patient Program ved Wayne State University School

of medicine, USA<sup>5</sup>, er representativ for hva som regnes i dag som fordeler ved bruk av simulerte pasienter i medisinsk undervisning, sett fra studentenes side.

- Studentene øver seg på effektive mellommenneskelige ferdigheter som kan forbedre deres kommunikasjon med pasienten.
- Studentene lærer hensiktsmessige teknikker og tilnærmelser i forbindelse med fysiske undersøkelser av pasientene.
- Studentene lærer teknikker som er nyttige i forbindelse med ulike typer rådgiving til pasienten.
- Studentene får erfaring med å løse utfordrende oppgaver som for eksempel formidling av vanskelig budskap.
- Studentene får en mulighet til å bli testet på de overnevnte områdene.

I oversikten under, i Figur 2, er det spesifisert hvilke ferdigheter som kreves av den simulerte pasienten i relasjon til seks vesentlige treningsarenaer<sup>6</sup> (Wallace, 2007, s. 37).

**Figur 2** Oversikt over SP-ferdigheter i relasjon til de ulike treningsarenaene.

Skill area	SP skills
<i>History taking</i>	Memorize the facts of the case. Determine when and how much information to deliver during an exam

<sup>5</sup> [http://www.med.wayne.edu/conjoint/sp\\_programs/prospective\\_sps.asp](http://www.med.wayne.edu/conjoint/sp_programs/prospective_sps.asp)

<sup>6</sup> Jeg har utelatt "The SP Coach's skills" fra oversikten da jeg anser det for mindre relevant for denne sammenhengen.



	without inappropriately volunteering information.
<i>Physical Exam (PE)</i>	Accurately and realistically simulate physical findings. Accurately determine whether the student performed the PE maneuvers correctly.
<i>Patient-Physician Interaction/Communication Skills (PPI)</i>	Accurately assess the students' communication skills on the PPI scale <sup>7</sup> .
<i>Information Sharing/Patient Education (IS)</i>	Respond and negotiate with the medical students within the agreed upon parameters.
<i>Performance</i>	Perform the emotional/psychological aspects of the patient in a realistic manner. Take directions from the SP coach. Observe student behavior while performing each encounter and accurately recall and record student behavior on the checklists.
<i>Feedback</i>	Give effective feedback to each medical student.

## 2.2 Simulerte pasienter - forskning

Det har vært gjort mye forskning på bruk av simulanter innen medisinsk utdanning. I en systematisk oversiktsartikkel *BEME<sup>8</sup> Guide No.2: Teaching and learning*

---

<sup>7</sup> Patient Physician Interaction scale (PPI) tilsvarer "sjekklister" i modell 2.

*communication skills in medicine - a review with quality grading of articles*

(Aspegren, 1999) gjennomførte forfatterne 180 relevante artikler som ble gruppert ut fra tre kategoriene "høy, medium eller lav kvalitet". Søkkord var: communication, doctor-patient relationship, education, interviews, interview methods, medical, learning, methods, postgraduate, physician, physician-patient relationship, psychology, skills, teaching, undergraduate. Database for søkene var Medline (1966-1999) og PsychLIT Journal Articles (1991-1998). Forfatterne fant 31 randomiserte studier, 38 åpen effekt studier og 14 deskriptive studier som oppfylte kravene for å bli inkludert. Undersøkelsen viste blant annet at kommunikasjonsferdigheter kan læres, men glemmes fort dersom de ikke praktiseres eller trenes regelmessig. De fant også at erfaringsbaserte metoder, hvor studentene var i interaksjon med simulerte pasienter med tilbakemelding fra underviser etterpå, viste seg å være langt mer effektive i forhold til studentenes læring fremfor undervisningsmetoder som baserer seg på tradisjonelle forelesninger om tema (Aspegren, 1999).

Aspegrens artikkel er en systematisk oversiktsartikkel som kun forholder seg til forskning på undervisning innen det medisinske feltet. Interessant er det derfor at han fremhever muligheten av at det kan eksistere metoder for å utvikle kommunikasjons-ferdigheter på andre arenaer enn det medisinske. I *A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research* (Watson, Norris, & Granås, 2006) vises hvordan simulerte pasienter også benyttes innen farmasi. Hensikten med denne oversiktsartikkelen var å undersøke bruken av simulerte pasienter som metodologisk verktøy for å studere rådgivning om legemidler eller andre alminnelige helseplager i farmasøytiske praksiser i 26 land. I artikkelen konkluderes det med at å anvende simulerte pasienter kan være et robust metodisk verktøy for ulike sider ved farmasøytisk virksomhet som for eksempel ved vurderinger i forbindelse med rådgiving og veiledning (Watson et al., 2006). I

---

<sup>8</sup> BEME (Best Evidence in Medical Education) (<http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/beme/>) er en organisasjon støttet av AMEE (<http://www.amee.org>). BEME arbeider med systematiske oversiktsartikler innen medisinsk undervisning. Artiklene i BEMESystemet skiller seg fra systematiske oversiktsartikler i Cochranesystemet (<http://www.cochrane.org/>) ved at de benytter både kvalitative og kvantitative studier som empiri.

---

*Simulated patient visits with immediate feedback to improve the supply of over-the-counter medicines: a feasibility study* (Watson, Cleland, & Bond, 2009) er en studie som omhandler simulerte pasienter i en "over-skranke" kommunikasjon. Forfatterne konkluderer med det samme som Aspegren: at umiddelbar tilbakemelding er vesentlig for å bedre kommunikasjonsferdigheter. Verken Aspegren eller Watson et al. presiserer om det er av betydning hvem som gir tilbakemeldingen (simulant eller lærer). Andre studier har imidlertid vist at kildens opplevde autoritet er av betydning for læringsutbytte ved tilbakemelding (Veloski et al., 2006).

Yedidia et al., Aspegren og Watson et al. konkluderer alle med at kommunikasjonstrening hjelper, både for å bedre generelle kommunikasjonsferdigheter, men spesifikt for kliniske delferdigheter som *relasjonsbygging, organisering* av samtalen, vurdering av pasienten og samarbeid mot *gjensidig* avtale (Aspegren, 1999; Watson et al., 2009; Yedidia et al., 2003).

*Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review* (Issenberg et al., 2005) er den første systematiske oversiktsartikkelen i BEME systemet hvor det undersøkes hva medisinstudenter lærer av i virkelighetsnære simulerte omgivelser. Følgende databaser ble benyttet: ERIC, Medline, PsycINFO, Web on science og Timelit. Søk ble også foretatt i upublisert litteratur som hadde vært evaluert ut fra akademisk kvalitet og nivå. Av 670 artikler som ble gjennomgått ble 109 studier inkludert etter følgende fire søkekriterier: a) oversiktsartikler ble ikke tatt med, b) bruk av en simulator/simulert pasient til eksamen eller andre kvantitative vurderingsformer, c) effektforskning, enten eksperimentell eller kvasi-eksperimentell d) forskning som involverer simulering som en læringsintervensjon. 47% av de gjennomgåtte artiklene hadde som funn at *tilbakemelding* var det viktigste ved simulantbasert trening. Kilden for tilbakemeldingen ble rapportert som mindre vesentlig (det kunne enten være "build in" i en simulator, gitt av en underviser i "real time" under treningen, eller gitt i etterkant i forbindelse med videoopptak av den simulerings baserte treningen). Andre studier har vist at kildens opplevde autoritet er av betydning for læringsutbytte ved tilbakemelding (Veloski et al., 2006). *Gjentatt og pensumintegrert* trening ble også

funnet som vesentlige faktorer i relasjon til læringsutbytte. Issenberg et al. konkluderer med at trening i virkelighetsnær simulering i medisinsk utdanning er effektiv og at simuleringsbasert trening kompletterer pasientnær medisinsk utdanning (2005). Issenberg et al. forutsetter implisitt at virkelighetsnær simulering gir mer effektiv trening uten å gå nærmere inn på hva som kan bidra til å gjøre simulantbasert trening mer troverdig.

*The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005* (Lane & Rollnick, 2007) er også en systematisk oversiktsartikkel med følgende databaser for søkene: Medline, Amed, Cinahl, BNI, Embase, Psychinfo og HMIC. De gjennomførte søk i to omganger. Søkordene for Søk 1: “Simulates patients” or (role play or roleplay) or actors or (spi.mp. not (Plants, Medicinal/ or Trans-Activators/ or Plants, Toxic/ or Antineoplastic Agents/ or Proto-Oncogene Proteins/ or Podophyllum/ or Transcription Factors/ or Coronary Disease/ or DNA-Binding Proteins/or Nuclear Proteins/) or instructs or standards patients. For Søk 2: Educates or teaches or trainers or counsels or mentor or coach or lessons or workshops or work shops or lectures or facilitats or demonstrator or tutor or supervisor.

5305 artikler ble gjennomgått, og kun 23 svarte til søkekriteriene; kun de artiklene som *sammenlignet* bruken av simulerte pasienter/rollespill med andre metoder eller studier som involverte trening på andre kliniske ferdigheter med en kommunikasjonstreningskomponent ble inkludert. Et resultat var at bruk av erfaringsbaserte læringsmetoder (simulanter eller rollespill) kom bedre ut i studiene enn andre metoder.

Lane og Rollnick konkluderer med at det behøves flere gode studier som undersøker bruken av simulanter og/eller rollespill i ulike kontekster. Gitt de økonomiske ulempene ved bruk av simulanter, anbefaler Lane og Rollnick at en bør vurdere andre rimeligere alternativer ved trening av kommunikasjonsferdigheter<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Da de økonomiske forholdene rundt SP bruk varierer mye, mener jeg Lane og Rollnick vanskelig kan komme med en generell anbefaling på bakgrunn av det økonomiske.

---

*Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: A review* (Bokken et al., 2008) er en oversiktsartikkel med fokus på fire ulike pasientroller; autentiske pasienter som ressurs (passiv rolle), autentiske pasienter som undervisere (aktiv rolle), simulerte pasienter som ressurs og simulerte pasienter som undervisere. Eric og Pubmed var databaser for søkene, søkord var: (real or active) patients, patient partners or instructors, patient simulation, standardized or simulated patients og undergraduate medical education eller teaching. Målet med artikkelen var å identifisere styrker og svakheter ved de fire ulike pasientrollene i relasjon til læringsperspektivet. Forfatteren konkluderte her med at i tillegg til autentiske pasienter er simulanter verdifulle i klinisk læring. Fordelene med SPer som lærere er: tilgjengelighet, fleksibilitet, trening i trygge omgivelser, minimalisering av variabler i forhold til læring, og at de kan trenes til å gi direkte tilbakemelding.

I grunnboka *Coaching Standardized Patients for Use in the Assessment of Clinical Competence* (Wallace, 2007) bruker forfatteren 30 sider (s. 50-82) på å beskrive viktigheten av pasientkarakterens troverdighet. "By looking at how actors produce a believable performance, we can discern more keenly the relationship between the actor's craft and what our SPs can do to create realistic patient portrayals" (Wallace, 2007, s. 50). Wallace viser til Stanislavskijs (naturalistiske) metode for skuespillere og beskriver detaljert hvordan treningen av simulanter bør foregå for å oppnå troverdighet i uttrykket. Viktigheten av troverdighet ved simuleringen understøttes av flere (Mönkkönen, Pyörälä, & Isotalus, 2007; Nestel & Tierney, 2007). Dette til tross, så langt oss bekjent, er det ingen studier som til nå har undersøkt naturalismens 'fjerde vegg's muligheter i det fiksjonsbaserte, didaktiske rommet. Det er heller ingen som har undersøkt simulantens muligheter for byggingen av den troverdige pasientkarakter i samspill med studenten ut fra et teaterfaglig blikk. Dette arbeidet innebærer et nytt perspektiv i relasjon til den eksisterende faglitteraturen og simulantforskningen.

Troverdighet og fiksjon kan høres ut som et paradoks, men både Mönkkönen og Nestel har undersøkt sammenhengen mellom medisinstudentenes læringsutbytte

og nettopp fiksjonens troverdighet (Mönkkönen et al., 2007; Nestel & Tierney, 2007). Deres funn understøtter viktigheten av troverdig fiksjon for studentenes læring.

## 2.3 Standardisert eller simulert, to begreper for samme fenomen?

I faglitteraturen om simulantbasert undervisning benyttes begrepene *standardisert* og *simulert* om hverandre. Noe av årsaken til disse ulike termene mener jeg kan knyttes til de ulike teoriene om læring og kunnskap. En simulert pasient kan defineres som; “A standardized patient is a person who is carefully trained to accurately, repeatedly, and realistically re-create the history, physical findings, and psychological and emotional responses of the actual patient on whom the case is based so that anyone encountering that “patient” experiences the same challenge from the SP, no matter when the case is performed or which of the SPs trained to portray the case is encountered” (Wallace, 2007, s. xvi). Ut fra denne definisjonen er det selve *standardiseringen* og den eksakte gjenskapelsen i gestaltingen av den simulerte pasienten som defineres som simulantens vesentligste oppgave: et syn jeg mener kan knyttes til den behavioristiske tradisjonen. I tillegg benyttes standardisert vanligvis i forbindelse med eksamen (OSCE) hvor det hevdes at nettopp standardiseringen er vesentlig for at hver student skal utsettes for samme type utfordring. En standardisering vil også være vesentlig i forskning på bruk av simulanter der for eksempel effekt av trening skal måles (Kurtz et al., 2005).

Et annet blikk på simulanter kan sees i forlengelse av den konstruktivistiske tradisjonen hvor kunnskap og læring sees på som noe som skapes i en spesifikk kontekst, gitt av en spesifikk interaktiv prosess (noe som blir til i det lærende i øyeblikket). Ut fra det perspektivet mener jeg det er vesentlig å se at simulanten er et menneske som nettopp i interaksjon *in situ* responderer mer nyansert enn en gitt standardisering ville kunne gi rom for.

Mitt inntrykk er at i tillegg til de to ulike læringssynene som kan sies å ligge til grunn, er det også en viss geografisk tradisjon knyttet til anvendelsen av de to

begrepene. 'Simulert pasient' synes å være den foretrukne termen i Europa, mens nordamerikanerne helst benytter 'standardisert pasient'.

I det følgende vil simulert pasient (SP) eller bare simulant bli benyttet. Grunnen til det er at det i denne avhandlingen ikke fokuseres hovedsaklig på det standardiserte ved bruk av simulanter, og at jeg ønsker å skrive arbeidet inn som en del av den europeiske SP tradisjonen.

### 3. Formål og forskningsmål

#### 3.1 Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å videreutvikle kommunikasjons trening fra et humanistisk perspektiv, med vekt på simulantens agering, samt bidra til øket kunnskap om simulant trening og -kommunikasjon. Modell 1 er en ny pedagogisk modell i kommunikasjonsundervisning med simulert pasient. Det er en type undervisning som i denne konteksten verken var beskrevet før eller hadde vitenskaplig dokumentasjon. Fordi denne modellen skiller seg vesentlig fra kommunikasjons trening slik den vanligvis foregår ble det viktig for oss både å undersøke og beskrive denne modellen i delstudie 1. Delstudie 4 er første evaluering av denne modellen, i det vesentlige basert på studentenes utsagn. I delstudie 2 er modell 1 sett utenfra med et spesifikt blikk på den fjerde veggens bevegelser i relasjon til de ulike kommunikasjonsretninger i modellen. Å undersøke didaktiske / estetiske praksiser med dette blikket er ikke blitt gjort før.

Det eksisterer en del faglitteratur og forskning på trening av simulanter for ulike deler av medisinsk undervisning. Denne litteraturen baserer seg mye på Stanislavskijs skuespillerteknikker (Stanislavsky, 1973; Wallace, 2007). Så vidt oss bekjent har ingen studie undersøkt simulantens muligheter for videreutvikling av pasientkarakteren i dialogen med studenten. Dette er også bekreftet av andre som er godt orientert innen simulantbasert undervisning<sup>10</sup>. I delstudiet 3 ønsket vi derfor å undersøke *in situ* aspekter av karakterbyggingen; den delen av pasientkarakteren som må improviseres frem i handlingsøyeblikket fordi det alltid vil være utspill fra studenten som del av samspillet som simulantene ikke spesifikt har forberedt seg på.

---

<sup>10</sup> Personlig meddelelse fra Anja Robb, Førsteamanuensis og leder av *Standardized Patient Program*, Centre for Research in Education, University of Toronto, Canada.



---

## 3.2 Overordnet mål

Avhandlingens overordnede mål er å undersøke og beskrive fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinstudiet med virkemidler fra det teaterfaglige feltet med særlig fokus på kunstdidaktiske elementer som den fjerde veggens didaktiske funksjon, troverdighet i simuleringen og betydning av *in situ* bygging av simulantens rolle.

## 3.3 Delstudienes mål

For artikkel I<sup>11</sup>: "To evaluate and describe the training model using the reflective practitioner design seen from my point of view as an actress" (Alraek & Baerheim, 2005).

For artikkel II: "To explore the positions and didactic functions of the fourth wall in medical communication training, using a role-play model basically similar to a theatrical performance" (Jacobsen, Baerheim, Lepp, & Schei, 2006).

For artikkel III: "To explore the impromptu interaction between the medical student and the simulated patient with a specific focus on the *in situ* building of the SP's character. Three features from Bakhtin's theory of the utterance were applied in an abductive process" (Jacobsen, Råheim, & Rasmussen, 2009).

For artikkel IV: "To describe the actor's and tutor's reflections during the learning session and students' evaluation of it" (Baerheim & Alraek, 2005).

*Troverdighet* er utelatt i delstudienes målsetting, men gjenfinnes dels i resultater og diskusjon (artikkel I, II og IV) og dels som implisitt premiss for undersøkelsen (artikkel III). I tillegg finnes troverdighet som gjennomgående begrep i utvikling av hele praksisfeltet (dette gjelder både modell 1 og 2).

---

<sup>11</sup> Delmålene er sitert slik de står i artiklene. Jeg har valgt å ikke oversette disse delmålene til norsk, da en oversettelse aldri vil kunne være helt presis i forhold til opprinnelig tekst.

*Forfatternes bidrag i forbindelse med de fire artiklene:*

Artikkel I: Førsteforfatter bidro med idé, analytisk perspektiv, foretok analysen og skrev artikkelen. Andre forfatter bidro med egne feltnotater og som diskusjonspartner i forbindelse med skriving av artikkelen.

Artikkel II: Førsteforfatter bidro med idé, valg av analyseperspektiver, foretok analysen og skrev artikkelen. Andre forfatter deltok som diskusjonspartner under analysen. Alle tre medforfatterne leste forpliktende gjennom manuskriptet og kommenterte.

Artikkel III: Førsteforfatter bidro med idé, analytisk perspektiv, foretok analysen og skrev artikkelen. De to medforfatterne var diskusjonspartnere under analysen og skriveprosessen og bidro med vesentlige innspill.

Artikkel IV: Førsteforfatter skrev artikkelen. Førsteforfatter valgte analysemetode og gjorde i hovedsak analysearbeidet. Andre forfatter ledet fokusgruppeintervjuet, bidro med egne feltnotater og som diskusjonspartner under analysen og skriving av artikkelen.

---

## 4. Modellene

### 4.1 Modell 1, bakgrunn

Høsten 2002 tok professor i allmenmedisin Anders Bærheim ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen (UiB), kontakt med meg. Han var visestyrer for undervisningen ved instituttet og hadde hovedansvaret for undervisningen i allmenmedisin, inklusiv kommunikasjonsundervisning. Han følte behov for fornyelse, særlig når det gjaldt kommunikasjonsundervisningen. Kommunikasjonsundervisningen hadde til da vært basert på samarbeid med blant annet læringsmiljø i Leuven (Craenen, 1997), som hadde god kompetanse på pedagogikken rundt kommunikasjonstrening og miljøet i Cambridge som var banebrytende med sitt arbeid i å definere spesifikke kommunikative læringsmål innen klinisk kommunikasjon (Silverman, Draper, & Kurtz, 1998). Begge disse miljøene benyttet pasientsentrert metode.

Et konsultasjonskurs for 6. års studenter var en del av undervisningen ved UiB. Dette kurset hadde i mange år bestått, i det vesentligste, av tredelte rollespill hvor studentene ble tildelt roller som henholdsvis lege, pasient og observatør. I tillegg til disse rollespillene gjorde studentene en autentisk konsultasjon med pasienter på Bergen Legevakt. Konsultasjonene ble tatt opp på video og studentene fikk tilbakemelding av hverandre og en lærer etterpå. Videopptak med påfølgende tilbakemelding og ulike former for rollespill er vanlige måter å trene kliniske kommunikasjonsferdigheter på i medisinsk grunn- og videreutdanning (Gulbrandsen, Jensen, & Finset, 2009; Nilsen, & Bærheim, 2005; Schei, Bærheim, & Meland, 2000).

I 2002 ønsket Bærheim å utvide den eksisterende kommunikasjonstreningen, både ut fra et personlig ønske om å forsøke noe nytt, men også for å prøve å få til en kommunikasjonsundervisning der den enkelte students refleksjon kunne utvikle seg individuelt og i en gruppedynamisk prosess. Denne tenkningen var inspirert av *The*

*reflective practitioner* (Schön, 1983), og Lave og Wenger (1991) sine læringsteorier der den enkelte students refleksjon kunne utvikle seg i sosiokulturelle prosesser. Da han kontaktet meg hadde han arbeidet noe med simulerte pasienter i forbindelse med praktisk eksamen i allmenntidmedisin. Nå ville han prøve bruken av fiksjon og simulanter i kommunikasjonstrening. Han tok kontakt med meg fordi han visste at jeg hadde bred erfaring med ulike former for teatral-estetiske praksiser gjennom ca. tjue års erfaring som profesjonell skuespiller ved Den Nationale Scene i Bergen og hovedfag i dramapedagogikk<sup>12</sup> ved Høgskolen i Bergen.

Etter en idédugnad høsten 2002 kom vi frem til et første forslag til en pedagogisk modell (modell 1) for trening i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter som vi viste på et undervisningsseminar for kollegaer ved instituttet i januar 2003, med Bærheim som moderator og lege og meg som pasienten 'Siri Bakke'. Tilbakemeldingen fra kollegaene gjorde det klart at det burde være *studenter* som alternerte i legestolen. Det ble også klart at diskusjonene i *timeouts* med fordel kunne foregå mellom moderator og studentene, og at jeg som simulert pasient burde forbli i pasientrollen hele tiden, også under diskusjonene underveis. Dette fordi det opprettholdt det fiktive elementet som vi erfarte var vesentlig for læringen ved situasjonen. Allerede på dette tidlige stadiet satte jeg som pasient opp en *fjerde vegg* mellom meg og de andre i rommet under diskusjonene i timeouts. Dette elementet har vi beholdt siden, fordi ved å "isolere" pasienten på denne måten kunne studentene og moderator fritt snakke om, og diskutere sider ved pasienten og den videre veien fremover i konsultasjonen som om pasienten ikke er der, uten å såre eller skade. Dette er et vesentlig trekk i en pedagogisk setting, og ville vært en umulighet i en autentisk pasientsituasjon.

---

<sup>12</sup> Hovedfagsoppgaven *Tidens ansikter - ulike former for temporalitet i Anton Tsjekhovs drama Tre søstre, med sideblikk til en film og en performanceforestilling hvor Tsjekhovs drama er startpunktet* (Alræk, 2002).

## 4.2 Modell 1; Fremadrettet pedagogisk prinsipp - kunnskap i kontekst

Modell 1 ble utviklet for å trene større grupper i kliniske kommunikasjonsferdigheter. Erfaringsmessig fungerer modellen best med en øvre grense antall deltagere på ca. 40 og en nedre grense på ca. 20. Før treningen starter, organiseres undervisningsrommet med et bord og to stoler (legestol og pasientstol) foran deltagerplassene.

*"Mitt navn er Siri Bakke. Jeg er 21 år"*

Slik starter treningen; ved at simulanten presentere seg i rolle for studentene. En av moderatorene<sup>13</sup> eller en student, starter som lege og henter Siri på "venteværelset". Konsultasjonen er i gang. Etter kort tid tas det timeout, styrt av moderator. Det er tre grunner til at det tas timeout; konsultasjonen kan tenkes å gå videre i flere retninger, det hele glir for motstandsløst fremover eller studenten står fast. I timeoutene diskuteres ulike mulige strategier fra dette punktet med tanke på konkrete veier videre *fremover* i konsultasjonen. Studentene alternerer i *legerollen*, og vedkommende velger selv om han/hun vil gå videre fremover i konsultasjonen med eget eller andres forslag.

Gjennomgående i denne avhandlingen sies det at medisinstudentene ikke er i rolle. Dette stemmer ut fra ett perspektiv; de pålegges ikke å *agere* som andre, men å delta ut fra sitt profesjonelle 'jeg' på det kompetansenivået de befinner seg. Innen dramapedagogiske praksiser kalles dette "rolle i handling" (Bolton, 1979). Deltagerne er da seg selv; "virtually no identification with a role" (s.73) i en som-om situasjon i det Bolton kaller "problem-solving drama".

En fremadrettet pedagogikk i stedet for tilbakemelding på utført handling var

---

<sup>13</sup> To-lærersystemet har vært gjennomgående benyttet på hele konsultasjonskurset for 6. års studenter, hvor modell 1 utgjør ca. 20%. Derfor har det alltid vært to lærere til stede ved modell 1, noe som viste seg å være en fordel pga. modellens intensitet og kompleksitet. Den ene læreren har observert og tatt notater mens den andre har moderert treningen. Etter en stund har de byttet roller. Av praktiske årsaker har vi i forbindelse med presentasjon av modellen ved konferanser og lignende gjennomført med kun en lærer / moderator. Det har vist seg gjennomførbart, men krever naturligvis mer av den ene læreren.

lite brukt innen klinisk medisinsk kommunikasjonstrening, men veletablert som pedagogisk prinsipp ved andre pedagogisk-estetiske praksiser, for eksempel innen det store landskapet av "role-training" dvs. rolleutprøving innen amerikansk pedagogikk og sosiologi fra 1920-30 tallet med bl.a. Moreno og Mead som pionerer. Denne pedagogikken bærer i seg et konstruktivistisk kunnskapssyn der kunnskap konstrueres av den enkelte gjennom interaksjon med omgivelsene (aktivitet og deltakelse), i inter-subjektive prosesser. For Moreno og Dewey er dette kunnskapssynet knyttet til barnets lek og estetisk praksis (Braanaas, 2008).

Tanken vår var nettopp i utgangspunktet å la treningen bli styrt av en fremadrettet tenkning hvor ulike løsningsforslag og strategier kunne prøves ut av den enkelte student. Vi ønsket, i tråd med det konstruktivistiske kunnskapssynet, å legge til rette for en trening som tillot og stimulerte hver student til å se og velge, ut fra deres individuelle kompetansenivå i øyeblikket, det neste steget i møte med pasienten. Pedagogikken i modell 1 hviler på denne individuelle, prosessorienterte og erfaringsbaserte læringen i kontekst.

Som et retorisk forsøk på å begrepsfeste denne pedagogiske tenkningen kalte vi det en *feed-forward* pedagogikk. Vi ønsket også å tydeliggjøre at denne treningen kontrasterte den veletablerte *feedback* pedagogikken. Betegnelsen lånte vi fra bevegelsesvitenskap (Patla, 1998). Feed-forward impliserer at vi lar sansene våre, særlig synet, gi informasjon til det motoriske nervesystemet slik at kroppen mestrer det neste skrittet i et gitt vanskelig terreng. Feed-forward kan ikke ansees som et ferdig utprøvd pedagogisk prinsipp, men mer som en retorisk betegnelse på en pedagogikk som er fremadrettet i stedet for å respondere på noe som har skjedd bakover i tid. Grepet mente vi kunne fungere godt som et tillegg til den eksisterende kommunikasjonstreningen ved fakultetet, som bygget på tilbakemeldingsprinsippet.

Siden 2003 har modell 1 vært et sentralt element av den obligatoriske konsultasjonstreningen for siste års medisinstudenter ved UiB. To forandringer er foretatt siden 2003: opprinnelig la vi opp til at timeout også kunne benyttes som en mulighet for hver enkelt student til å stille pasienten spørsmål fra salen. Dette grepet betegnes innen dramapedagogisk arbeid for en *hot seat* situasjon, som anvendes som

---

en teknikk for å utforske den fiktive karakteren og bygge historien videre (Bolton, 1998). Vi gikk bort fra hot seat situasjonen fordi det viste seg at den flyttet fokus fra konsultasjonstreningen (trening i en prosess) over til en ikke-intendert utforskning av den fiktive karakteren. I tillegg opplevde vi at det forstyrret vekslingen mellom refleksjon og aksjon. En konsultasjon er i utgangspunktet en egenartet prosess som ikke tåler for mange avbrudd. Ved for mange brudd vil det være vanskeligere å opprettholde konsentrasjonen rundt dialogen mellom pasienten og legen.

I løpet av undervisningsøktene i 2009 har vi innført en oppsummerende sluttrefleksjon med alle til stede. I denne refleksjonen har moderator og studentene trukket linjer sammen om det de nettopp har opplevd; hvilke løsningsstrategier som ble benyttet, hva som viste seg å fungere bra osv. Jeg har ofte under denne refleksjonsrunden blitt stilt spørsmål (av studentene) om pasient Siri Bakkes reaksjoner og følelser. Jeg er da tydelig på at jeg svarer som meg selv, ute av pasientrollen.

Modellen har vist seg å være robust både internt og eksternt. Den har vært anvendt med ulike undervisere som moderatorer (de fleste av de fast ansatte underviserne i kommunikasjon ved ISF har fungert som moderator i perioder), og ved enkelte anledninger har også andre skuespillere vært benyttet.

Vi har vist modell 1 i workshops på flere internasjonale kongresser (Alraek & Baerheim, 2004; Baerheim & Alraek, 2003, 2004; Baerheim & Alraek, 2005). Modell 1 anvendes nå som obligatorisk del av kommunikasjonstreningen for 2. års medisinstudenter ved Bute Medical School, University of StAndrews, Skottland (Laidlaw & Humphris, 2006). I tillegg til å bruke modellen i undervisning av medisinstudentene, anvender de den også som en obligatorisk del av et kurs for tannlegesykepleiere (dental nurses). Vi har fått høre i ettertid at modellen har vært godt mottatt av både studenter og undervisere<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup>Personlig meddelelse fra Anita Laidlaw, Førsteamanuensis, Bute Medical School, University of StAndrews, Skottland.

### 4.3 Modell 2; Tilbakeskuende pedagogisk prinsipp - forhåndsdefinerte læringsmål

I 2008 var Bærheim og jeg nysgjerrige på å videreutvikle daværende eksisterende kommunikasjonstrening. Vi ville forsøke å få til et treningsopplegg hvor hver enkelt student, individuelt, kunne øve seg på egne kommunikasjonsferdigheter, og få detaljert, kvalifisert tilbakemelding fra en simulert pasient i etterkant. Da gjentatt trening er vesentlig for å vedlikeholde og videreutvikle kommunikasjonsferdigheter (Issenberg, McGaghie, Petrusa, Lee Gordon, & Scalese, 2005; Kurtz et al., 2005) var dette også et viktig poeng for å innføre nok en kommunikasjonstreningspraksis i studieplanen. Vi vendte oss mot hovedmodellen for kommunikasjonstrening slik den er etablert ved ulike *Standardized Patient Program* (SPP) i Nord-Amerika<sup>15</sup>. De fleste medisinske utdannelseinstitusjonene i Nord-Amerika har et eget SPP, ofte av betydelige dimensjoner<sup>16</sup>. SPP ved Universitetet i Toronto er et eksempel på hvordan et slikt program kan utvides til å omhandle og trene opp kompetanse på langt flere fagområder enn det medisinske: odontologi, jusstudier, farmasi og alternativ medisin er noen av områdene som i dag benytter simulanter i Toronto. Modellen innebærer i korthet at studenten gjennomfører en klinisk samtale med en simulert pasient med påfølgende tilbakemelding etterpå, oftest fra simulanten (Kurtz et al., 2005).

Da Bærheim og jeg utviklet modell 1 i 2003 var ingen av oss fullt klar over denne omfattende tradisjonen som eksisterer innen medisinsk utdanning. Vi begynte gradvis å forholde oss til bruk av simulerte/standardiserte pasienter (SP) i medisinsk kommunikasjonstrening, både slik det ble demonstrert på internasjonale kongresser i medisinsk pedagogikk, og slik det er dokumentert i den omfattende litteraturen.

*Coaching standardized patients: for use in the assessment of clinical competence* (P.

---

<sup>15</sup> Nordamerikanerne er de ledende på denne fronten. Universiteter i Asia og Europa følger etter.

<sup>16</sup> SPP ved Universitetet i Toronto (<http://www.spp.utoronto.ca/>) og SPP ved Universitetet i Michigan og (<http://www.med.umich.edu/lrc/spp/>) er blant de mest omfangsrike.



---

Wallace, 2007) er et standardverk for trening av SPer<sup>17</sup>. Boka dekker alt fra utvelgelse og opptrening av simulanter samt stegene i undervisningen. I trening av SPer legges det stor vekt på anvendelse av skuespillermetoder for at de skal kunne fremstå med troverdighet (Stanislavsky<sup>18</sup>, 1973; Wallace, 2007). I 2008 argumenterte vi for og fikk gjennomført et simulantbasert pilotprosjekt (KomLab) for 3. års studenter ved fakultetet. Åtte kvinner rundt 70 år<sup>19</sup> ble rekruttert til å delta i prosjektet. I treningen av de åtte kvinnene ble etablerte retningslinjer for trening av simulanter fulgt (Wallace, 2007). Vi bidro begge til pedagogikk og praktisk gjennomføring av treningsopplegget for simulantene. Jeg bidro i tillegg med teater/ dramafaglig kunnskap i arbeidet med pasientkarakteren på alle stadier, både i basal trening og kvalitetssikring underveis. Bærheim kvalitetssikret det medisinske aspektet. Vi hadde på det tidspunkt begge satt oss inn i hovedprinsippene for denne måten å drive et slikt undervisningsopplegg på:

- 1) Studentene forberedes med en manual som i detalj gir opplysninger om prosedyrer, aktuell sykdomshistorie og læringsmål.
- 2) Studentene har en klinisk samtale med en simulert pasient som er spesielt trent i den pasientkarakteren han/hun fremstiller.
- 3) Simulanten og studenten fyller ut en sjekklister som er relatert til læringsmål for samtalen.
- 4) Ute av rolle, gir simulanten tilbakemelding til studenten basert på sjekklisten over den foregående dialogen mellom de to<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> *Association of Standardized Patients Educators*, ASPE, er den største internasjonale organisasjonen som blant annet arbeider med å sette standarder for SP bruk (<http://aspeducators.org/>). ASPE har i 2010 ca. 500 medlemmer fra 20 land.

<sup>18</sup> Stavemåten av navnet varierer mellom Stanislavski, Stanislavsky og Stanislavskij. I denne teksten blir navnet referert slik oversetter for de enkelte verkene har skrevet det.

<sup>19</sup> Etter de første treningsøktene i 2008 måtte vi si opp en av simulantene. Etterpå har vi ansatte to kvinner til. I skrivende stund (2010) består simulantgruppen ved KomLab, UiB, av 15 simulanter. Vi trener per i dag tredje års medisinstudenter og femte års odontologistudenter.

<sup>20</sup> (<http://www.spp.utoronto.ca/>)

I pilotprosjektet var studentenes læringsmål knyttet til kommunikasjonen i forbindelse med *informasjonsinnhenting* (Kurtz et al., 2005). Læringsstoffet skal, ideelt sett, være kontekstrelevant for studentene (Issenberg et al., 2005), derfor la vi treningen tematisk til journalopptak fordi dette temaet er sentralt i den første kliniske terminen for tredje års studenter. Andre viktige pedagogiske grunnsprinsipper ved denne type trening er åpenhet og tydelighet rundt læringsmålene. Vi leverte ut manualer til studentene i god tid før treningen. I manualene lå all informasjon angående journalopptaket, samt kopi av sjekklisten som skulle benyttes under treningen.

De åtte kvinnene ble trent til å portrettere 69 år gamle 'Guri Jonsen' med gallesteinsplager. Fru Jonsen skulle legges inn på Haraldsplass Diakonale Sykehus for plagene sine, og studentene skulle ta opp inntakjournal i forbindelse med innleggelsen. Kvinnene ble også trent i å gi konkret og spesifikk tilbakemelding til studentene med utgangspunkt i sjekklisten med 22 punkter relatert til læringsmål. Tilbakemeldingen etter journalopptaket foregikk i dialogisk form med sjekklisten som metodisk/pedagogisk verktøy.

Undervisningen har foregått to ganger i året med halve kullet (ca. 80 studenter) per gang. Per i dag (2010) har vi midler til å drive KomLab i inneværende år, og til tross for at KomLabens videre skjebne er uviss i fakultetets prioriteringer, har vi i dag også startet trening av andre studentgrupper ved Det medisinsk-odontologiske fakultetet. Én forandring er foretatt etter at vi startet med KomLab i 2008. Etter endt treningsøkt blir nå alle studentene oppfordret til å se eget video-opptak direkte etter treningen. Da vi startet med KomLab fikk de som ville med seg minnebrikken for opptaket med beskjed om å levere brikken tilbake etter gjennomsyn. Dette fungerte lite tilfredsstillende både for studentene og oss. Det viste seg at mange studenter ikke kunne anvende brikken på egen PC, og vi brukte mye tid på å få alle brikkene tilbake. I tillegg vurderte vi at det ikke var riktig av hensyn til simulantene å levere brikkene fra oss. Det var utenfor vår kontroll hva opptakene kunne bli brukt til. Nå (innført våren 2010) ser studentene opptakene umiddelbart etter egen treningsøkt. De får ikke tilbakemelding verken under eller etter denne videogjennomgangen. Det legges opp

---

til at de selv stopper, spoler og tar notater ut fra eget læringsbehov. KomLab treningen omtales i dette doktorgradsarbeidet som modell 2.

## 4.4 Modell 1 og 2 - hovedforskjeller

Slik vi anvendte de to modellene kan forskjellene mellom dem oppsummeres i følgende punkter (Figur 1, neste side).

- Modell 1 benytter et 'Feed forward' - prinsipp som pedagogisk grep. Modell 2 benytter feedback/tilbakemelding.
- I Modell 1 er refleksjon for den enkelte i hovedsak basert på en gruppedynamisk prosess mellom moderator og studentene underveis i konsultasjonen. I modell 2 er refleksjonen først og fremst individbasert og i dialog med simulant under tilbakemelding.
- I Modell 1 blir den kliniske samtalen avbrutt av timeouts. I modell 2 gjennomføres den kliniske samtalen i en kontinuitet.
- Modell 1 baserer seg på trening i større grupper (20-40 deltagere). Modell 2 baserer seg på individuell trening.
- Modell 1 bygger på at læring genereres i kontekst. Modell 2 bygger på et kunnskapssyn om at læring skjer på bakgrunn av forhåndsdefinerte læringsmål.

**Figur 1** Modell 1 og 2; hovedforskjeller.

	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
Pedagogiske grep	Feed forward	Feedback/tilbakemelding
Refleksjon	Gruppebasert	Individbasert
Temporalitet	Interaksjonen avbrytes av timeouts	Interaksjonen avbrytes ikke
Gruppesetting	Større grupper	En-til-en
Læringssyn	Læring skapes i kontekst	Læring skjer på bakgrunn av forhåndsdefinert læringsmål

**Figur 2** Oversikt over deltagere, sted, modell, råmateriale og tidspunkt for hver delstudie.

<b>Delstudie</b>	<b>Deltagere</b>	<b>Hvor</b>	<b>Modell</b>	<b>Råmateriale</b>	<b>Publisert</b>
<b>1</b>	36 + 36 Med. studenter, 6.studieår, 1 SP/TJ og Moderator/AB	UiB	Mod. 1	Feltnotater, 2 fokusgruppe intervjuer, studentevalueringer	2005
<b>2</b>	50 workshopdeltagere 1 SP/TJ og	UiT	Mod. 1	Videoopptak av workshop	2006

	moderator/AB				
3	87 Med. studenter, 3.studieår, 9 SPer	UiB	Mod. 2	Monitor- observasjoner, utvalgte videoopptak, 2 dybdeintervjuer	2009
4	36 + 36 Med. studenter, 6. studieår, 1 SP/TJ og moderator/AB	UiB	Mod.1	Feltnotater, 2 fokusgruppe intervjuer, studentevalueringer	2005

**Figur 3** TJ og ABs bidrag i relasjon til de to modellene.

Delstudie	Modell	Simulert pasient manuskript, fremstilling		Pedagogikk
1	1	TJ	TJ	AB+TJ
2	1	TJ	TJ	AB+TJ
3	2	TJ, AB	SP <sup>21</sup>	Applikert av AB og TJ
4	1	TJ	TJ	AB+TJ

<sup>21</sup> I modell 2 spilles pasienten (per i dag, 2010) av ni forskjellige simulanter.

## 5. Læring

### 5.1 Syn på læring

Det finnes flere syn på hvordan læring foregår (Dysthe, 1999a; Säljö, 2001). Noe forenklet kan man si at tre hovedretninger skiller seg ut: den behavioristiske, den konstruktivistiske og den sosiokulturelle retningen (Dysthe, 1999a). Den klassiske behavioristiske tradisjonen vokste fram på begynnelsen av 1900-tallet med Lockes empirisk baserte syn på kunnskapservvelse som utgangspunkt<sup>22</sup>. En konsekvens av dette kunnskapssynet er at læring først og fremst skjer gjennom stimulus - respons (Skinner, 1938), altså ved betinging<sup>23</sup>, og at læring skjer ved overføring av kunnskap fra en aktør til en annen (vanligvis fra lærer/underviser til elev/student). I denne tradisjonen står egeninnsatsen til den lærende i bakgrunnen (Helstrup, 1999).

Den konstruktivistiske læringsteorien kom på banen i 1940 årene. Retningen står i kontrast til behaviorismen fordi her er det nettopp den lærendes (indre) prosesser i forbindelse med tilegnelsen av egen kunnskap som står i sentrum. Kunnskapsinnhenting betraktes som en *aktiv* prosess av den som skal lære og ikke som en del av en *reaktiveringsprosess*, slik som i behaviorismen. Lærerens rolle i et konstruktivistisk perspektiv er mer å betrakte som en tilrettelegger for gode læringsvilkår slik at den lærende selv kan foreta gode valg for egen læring, enn en som skal overføre kunnskap fra seg selv til den lærende (Helstrup, 1999). I den behavioristiske tradisjonen ser man nærmest bort fra menneskets frie vilje til å foreta de nødvendige gode valgene. Essensielt i konstruktivistisk læringsteori er at mennesket konstruerer sin egen kunnskap gjennom aktiv deltagelse, og at denne

---

<sup>22</sup> Den engelske legen og filosofen John Locke (1632-1704) baserer sin filosofi på at kun det sanseerfarte kan gi oss erfaringer av og kunnskap om virkeligheten.

<sup>23</sup> Fysiolog og psykolog Ivan Pavlovs (1849-1936) arbeid om betinging var vesentlig i dannelsen av den behavioristiske tradisjonen.

---

subjektive prosessen resulterer i læring. Denne tenkningen er særlig inspirert av Piagets<sup>24</sup> oppfatning av hvordan kunnskap dannes: som en aktiv konstruksjonsprosess der individet selv er aktivt kunnskapssøkende. Det er imidlertid stor forskjell på hva som skaper motivasjon for læring i de to ulike teoriene; ut fra det behavioristiske synet er det belønning og straff som er avgjørende for forholdet mellom adferd og læring, mens konstruktivistene er mer opptatt av den indre motivasjonen, og at læring skjer gjennom aktivt engasjement og god tilrettelegging.

Et tredje perspektiv på læring er det sosiokulturelle aspektet som bygger på det konstruktivistiske synet på læring, men som i tillegg legger betydelig vekt på at læring skjer i samhandling, i en (kulturell) kontekst og gjennom bruk av språk (Dysthe, 2001). Kunnskapsinnhenting sees her på som en praktisk og pragmatisk aktivitet. Lev Vygotsky (1886-1934) og John Dewey (1859-1952) betraktes som ankermenn for dette paradigmet innen pedagogisk tenkning. Både Vygotsky (1978) og Dewey (1938) hadde det til felles at de var opptatt av at kunnskap, og dermed læring, ikke kan løsrives fra en samfunnsmessig sammenheng, og at det må være en sammenheng mellom samfunnslivet i sin alminnelighet og i læringsinstitusjonen(e).

Jean Lave og Etienne Wenger har videreutviklet den sosiokulturelle læringsforståelsen, men med klare røtter til Vygotsky og Dewey. For Lave og Wenger skjer læring gjennom samhandling med andre; gjennom deltagelse i et praksisfellesskap (Lave & Wenger, 1991). De ser imidlertid ikke på språket kun som et redskap til å reflektere over allerede utført handling (Dewey, 1938) men som et redskap for deltagelse og interaksjon i situerte lærings situasjoner (Lave & Wenger, 1991). Det skal i det følgende trekkes noen linjer mellom overnevnte tre syn på læring, og modell 1 og 2.

Både modell 1 og 2 er situert i medisinsk profesjonsutdanning hvor læringsarenaen er kommunikasjonstrening. I begge disse modellene mener jeg å se trekk fra alle de tre læringsteoriene. Jeg skal i det følgende argumentere for hvilke aspekter jeg mener er mest fremtredende i de to modellene.

---

<sup>24</sup> Jean Piaget (1896-1980) var psykolog, biolog og filosof og regnes som den fremste målbæreren for konstruktivismen.

Et vesentlig trekk ved behaviorismen er at kunnskap betraktes som objektiv og kvantitativ (Dysthe, 2001) og som overførbart fra den kompetente til den mindre kompetente lærende. Når vi i modell 2 på forhånd deler opp læringsmål i mikroferdigheter som studentene får oppgitt før treningen mener jeg dette kan knyttes til den behavioristiske tradisjonen hvor kunnskap blir betraktet som noe som kan deles opp i mindre kunnskapsbiter og overføres fra en aktør (læreren) til en annen (studenten). Likeledes må nok også den ferdig utarbeidede sjekklisten hvor skår tallfestes og som anvendes som utgangspunkt for tilbakemelding til studenten, knyttes til det syn at kunnskap er noe som skal og kan reaktiveres fra et allerede eksisterende kunnskapsreservoar.

Det er imidlertid to forhold som gjør at modell 2, slik vi anvender den, ikke kan betraktes som utelukkende å stå i en behavioristisk tradisjon. For det første legges det mye vekt på simulantens frihet til å velge sin reaksjon eller tilsvare<sup>25</sup> ut fra samspillet med studenten<sup>26</sup>. For det andre vil studentens egen gjennomgang av videoopptaket fra konsultasjonen forhåpentlig stimulere til læring ved at studenten er den som selv aktivt søker kunnskap.

I modell 1 er de to vesentligste pedagogiske trekkene den fremadrettede pedagogikken og refleksjonen i gruppe. Begge disse aspektene kan knyttes til det konstruktivistiske synet på hvordan læring foregår. I modell 1 har vi lagt opp til læreren som en tilrettelegger for studenten, slik at vedkommende kan prøve og feile ut fra der han/hun befinner seg faglig sett i den aktuelle lærings situasjonen, og i trygge omgivelser. Gruppediskusjonene i timeoutene kan sees i relasjon til det sosiokulturelle aspektet hvor læring både er en individuell prosess, og som noe som konstrueres i samhandling med andre (Lave, & Wenger, 1991).

---

<sup>25</sup> Dette er hovedtema i avhandlingens artikkel III.

<sup>26</sup> Dette mener jeg kan bidra til at *læringsmål* ikke utelukkende kan sees på som låst og forhåndsbestemte.



---

## 5.2 Læring ved erfaring og fiksjon

Det finnes flere teorier om *erfaringsbasert læring* (Knowles, Holton, & Swanson, 2005; Kolb, 1984; Schön, 1983). Å lære av, eller utvikle seg gjennom forutgående erfaringer, kritisk refleksjon og subjektive prosesser er de sentrale elementene i erfaringsbasert læring. Opp gjennom tidene har teaterkunsten hatt skiftende betydning som arena for erfaringsbasert læring. Det antikke teater hadde en dobbel funksjon med hensyn til det didaktiske. Det skulle hjelpe både aktørene på scenen og publikum til innsikt angående det å være menneske i en vanskelig verden, samtidig som teateropplevelsen ble regnet for å ha en funksjon som sjelelig katarsis for publikum. Middelalderteatret hadde en uttalt didaktisk hensikt: å anskueliggjøre Bibelen for folkemassene (Braanaas, 2008). I renessansen lå dannelsesperspektivet i skoleteaterforestillingen. Ifølge Braanaas ble det satt et avgjørende skille mellom religiøs kultus og teater i opplysningstiden.

Braanaas sier “teatret er i seg selv en didaktisk kunstart” (Braanaas, 2008, s. 26). Han sier videre at det didaktiske ligger i teaterets store og direkte påvirkningskraft. Det har imidlertid variert opp gjennom tidene hva ved teaterkunsten man lærer av: å være tilskuer, deltager eller som i dramapedagogiske praksiser, begge deler.

Siden oldtiden har ulike sider av teaterkunsten vært brukt innen terapi (psykodrama), oppdragelse og undervisning. Pedagogisk drama har oppdragelse og undervisning som mål. Her er de dramatiske virkemidlene videreført fra antikkens didaktiske teater (Morken, 2003). I dramapedagogiske praksiser benyttes alltid elementer fra teaterkunsten, og ulike grader av spill/agering i en fiktiv ramme er de mest sentrale momentene (Dewey, 1938; Bolton, 1998; Lepp, 1998; Rasmussen, 1994).

## 5.3 Klinisk kommunikasjonstrening – erfaringsbasert læring

Denne avhandlingens kontekst er klinisk kommunikasjonstrening. Klinisk kommunikasjon og en hverdagssamtale er ikke det samme. Det er vesentlige forskjeller. I første rekke kan disse knyttes til deltakernes ulike sosiale posisjoner (hjelpesøkende/pasient og profesjonell hjelper/lege) og til samtalens utfall: dersom den kliniske samtalen mangler vesentlig informasjon fra den hjelpesøkende, kan resultatet få katastrofale følger for den hjelpesøkende. Dette må man si er sjelden eller aldri tilfelle for hverdagssamtalen. De to samtaleformene skiller seg også fra hverandre på et detaljnivå. Forskning har indikert at delferdigheter i den kliniske samtalen lar seg identifisere (Kurtz et al., 2005), samt at disse ferdighetene kan trenes og læres (Aspegren, 1999; Yedidia et al., 2003). I tillegg viser enkelte studier at de som har hatt kommunikasjonstrening oftere finner riktig diagnose, rekvirere færre kliniske undersøkelser, har flere tilfredse pasienter, får færre klagesaker og har pasienter som i større grad følger legens ordinasjoner (Aspegren, 2000; Huygen et al., 1992; Tamblyn et al., 2007).

I den kliniske samtalen vil både lege og pasient gjensidig utveksle bevisste og ubevisste, verbale og ikke-verbale ytringer i en søken etter felles forståelse av situasjonen. Pasientens tegn eller signaler skal oppfattes, mottas, tolkes og prøves ut av legen i samtalens løp. Legen er i en annen posisjon enn pasienten: hans eller hennes tegn vil alltid være koblet sammen med en definisjonsmakt fordi legen alltid vil være den som definerer og avgrenser problemet, bestemmer og formidler videre tiltak osv. En samtale mellom lege og pasient vil aldri være kun en informasjonsutveksling bestående av utelukkende verbale fakta. Samtalen vil også alltid bestå av mange paralingvistiske elementer. De paralingvistiske elementene er stort sett de samme for den kliniske samtalen som for hverdagssamtalen (øyekontakt, geberder, fakter, mimikk, stemmeleie osv.). I den kliniske samtalen vil de paralingvistiske elementene også være knyttet til de klinisk kommunikative delferdighetene som: å sette rammen for samtalen, å benytte åpne/lukkede spørsmål adekvat, å benytte overgangsvendinger, å oppsummere samtalen med videre. Denne

koblingen mellom delferdigheter og paralingvistiske elementer gjør trening på den kliniske samtalen til et komplekst og utfordrende felt.

Tidligere lærte medisinstudenter den kliniske samtalen ved å se på og lytte til hvordan mer erfarne leger gjør det, en læringssituasjon med tydelig forankring i det behavioristiske læringssynet. Dette har vist seg å ikke være særlig effektivt (Aspegren, 2000). Kommunikasjonstrening ser ut til å være mer effektiv når den er erfaringsbasert, målrettet, inneholder elementer som stimulerer til refleksjon til egen adferd og tilbyr hyppige treningsøkter for å indusere endring/læring.

I dag foregår kommunikasjonstrening som regel nær en klinisk virkelighet, gjerne fiksjonsbasert, der den simulerte pasienten av flere grunner erstatter den autentiske pasienten. I dette kapitlet har jeg skissert forskjeller på den kliniske samtalen og hverdagssamtalen, samt sagt noe om læring angående den kliniske samtalen. Neste kapittel omhandler den simulerte pasienten, omdreiningspunktet for fiksjonsbasert kommunikasjonstrening.

## 6. Teorier anvendt i delstudiene

Stanslavskijs *skuespillerteori* og Bakhtins *dialogiske teori* er anvendt i forbindelse med den analytiske prosessen av delstudiene. Etter denne innledningen redegjøres det for hovedtrekkene ved de to teoriene, samt antydes noe om videreføringen av teoriene innen et praksisfelt. Under metodekapitlene for de respektive delstudiene redegjøres og diskuteres det hvordan teoriene er anvendt. Teaterteoretikeren og praktikeren Konstantin Sergejevitj Stanslavskij (1863-1938) og språkbruksforskeren Michail Michailovitj Bakhtin (1895-1975) representerer to forskjellige fagområder. Stanislavskij arbeidet hele sitt liv både praktisk og teoretisk i det teaterfaglige feltet. Bakhtin var språkbruksteoretiker og i særdeleshet opptatt av det dialogiske som språklig fenomen og menneskelig eksistens.

Stanislavskijs teori ble valgt som teoretisk forankring ut fra to forhold. Det første har å gjøre med min personlige faglige tilhørighet. Det andre handler om metodens pragmatiske anvendbarhet også utenfor kunstinstitusjonen. Stanislavskijs metode er konkret og detaljert nedtegnet. I tillegg mener jeg at flere av metodens (be)greper lar seg identifisere og anvende i forbindelse med fiksjonsskaping.

Bakhtins dialogiske teori ble valgt som teoretisk forankring når dialogen mellom simulant og student skulle undersøkes. Grunnen til det var at Bakhtin primært var opptatt av språket som kommunikasjonsredskap (Dysthe, 2001). Han arbeidet med den konkrete ytringen og ytringens betydning for den andre (både i relasjon til identitet så vel som for læring). Som Dysthe (2001, s. 18) påpeker: Bakhtin gir ingen pedagogisk oppskrift, men en grunnleggende innsikt i menneskelig kommunikasjon. Det var denne innsikten vi ville prøve ut når vi skulle undersøke hvordan den simulerte pasienten kan benytte seg av den andres (studentens) ytringer for å bygge opp (nye) sider av pasientkarakteren.

---

## 6.1 Stanislavskijs skuespillerteori

*The aim of the actor should be to use his technique to turn the play into a theatrical reality*<sup>27</sup>.

I 1898 grunnla Konstantin Sergejevitsj Stanislavskij og Nemirovitj- Danchenko et helt nytt teater, Moscow Art Theatre. Stanislavskij og dette nye teatret skulle vise seg å få innflytelse på hele den vestlige teaterverden. Trolig har ingen andre enkeltpersoner hatt større innflytelse på skuespillerkunsten enn han (Rasmussen, 1994). Datidens spillestil var deklamatorisk, sterkt formalistisk og retorisk i sin form (Platz-Waury, 1992). Stanislavskij ønsket et teater som var det motsatte, et virkelighetsnært og ekte sceneuttrykk. Ekthet og en livsnær skuespillerkunst var Stanislavskijs hovedprosjekt livet ut. For å oppnå ekthet på scenen innså han nødvendigheten av å trene skuespillerne slik at de fikk tak i egne underbevisste prosesser som muliggjorde et inspirert spill; ”To rouse your subconscious to creative work there is a special technique” (Stanislavsky, 1973, s. 14). Han utarbeidet en rekke øvelser som skulle gjøre skuespillerne i stand til å fremstille rollekarakteren med troverdighet på scenen: konsentrasjonsøvelser, muskelavspenningsøvelser, øvelser for å utvikle fantasien og sansevarheten samt kontakt og samarbeidsøvelser (Stanislavski, 1981, 1989, 2003). Hans første bok, *An Actor Prepares* (1973) handler først og fremst om skuespillerens indre forestillingsverden. Her forklarer han hvordan skuespilleren kan forberede seg psykologisk og følelsesmessig bl.a. gjennom forestilling ('imagination'), konsentrasjon og emosjonelt minne i arbeidet med en rollefigur. Nøkkelord for identifiseringsprosessen er Stanislavskijs 'som om' begrep som han ser på som et verktøy for å kunne identifisere seg med rollekarakteren. Som om begrepet står for øvrig sentralt i all fiksjonsbasert fremstilling. Begrepet er også en grunnleggende premiss i dramapedagogiske praksiser (Pusztai, 2000; Rasmussen, 1994; Sæbø, 1998; Gaarder, 2003).

---

<sup>27</sup> (Stanislavsky, 1973, s. 54).

Den andre boka, *Building a character*<sup>28</sup> (2003) handler om skuespillerens ytre teknikk med vekt på de fysiske og verbale aspektene. Tredje boka, *Creating a role* (1981) gir detaljerte eksempler på hvordan Stanislavskijs metode kan anvendes i forbindelse med ulike karakterer. Selv om Stanislavskij la vekt på at ingen del av skuespillerarbeidet skulle rangere over et annet, vedble han å vektlegge det fysiske arbeidet i forbindelse med rollearbeidet. Han hevdet livet ut at det var gjennom de fysiske handlingene på scenen at skuespilleren kunne gi liv og dybde til rollen. Hans syn på skuespillerkunst handler om at spill ikke bare er imitering basert på observasjon, men like mye gjenkjennelse og reaktivering av egne følelser i en karakterfremstilling.

Stanislavskijs metode benyttes på flere måter i ulike dramafaglige praksiser, fordi hans øvelser så enkelt lar seg overføre og anvende til andre arenaer enn den kunstneriske (Pusztai, 2000, 1986). Kombinasjonen av Stanislavskijs pedagogiske tenkning med røtter i reformpedagogikken og de detaljerte beskrivelsene av konkrete øvelser, som åpenbart er anvendbare i pedagogiske kontekster, kan være årsaken til hans bidrags utberedelse utenfor institusjonsteatrene (Braanaas, 2008, s. 149-152).

For alle som arbeider med estetiske læringsprosesser<sup>29</sup> er troverdighet i spillet /ageringen en utfordring. For studenter i interaksjon med simulerte pasienter er mangel på troverdighet hos simulanten og ved fiksjonen rapportert som "unhelpful" i relasjon til studentens læringsutbytte (Nestel & Tierney, 2007). For arbeidet til simulanter er Stanislavskijs skuespillermetode på "how to live truthfully under imaginary circumstances" (Stanislavski, 2003; Stanislavsky, 1973) av stor praktisk betydning. Wallace gir en detaljert beskrivelse av hvordan simulanttrenere kan anvende Stanislavskijs metode når man arbeider med SPere (Wallace, 2007, s. 50-81).

I tillegg til de detaljerte beskrivelsene om hvordan skuespilleren måtte arbeide for å oppnå troverdighet på scenen, finner vi også hos Stanislavskij en annen

---

<sup>28</sup> Denne, og den tredje boka ble publisert fra Stanislavskijs etterlatte essays, artikler og notater. Bare den første boka ble publisert mens han levde.

<sup>29</sup> 'Estetiske læringsprosesser' betyr at det sanslige, det følelsesmessige og det kroppslige i fagets kunstneriske praksis integreres med det kognitive i lærings- og erkjennelsesprosessen (Sæbø, 2009).

---

vesentlig forutsetning som er med på å styrke sceneillusjonen, 'den fjerde vegg'. For Stanislavskij (og hele det naturalistiske teater) var det viktig å skille scene og sal med en tenkt fjerde vegg slik at det spillet som foregikk mellom aktørene ikke først og fremst handlet om å *vise frem* en virkelighetsillusjon, men at spillet var konsentrert om handlingen aktørene i mellom. ”In real life there are always plenty of objects that fix our attention, but conditions in the theatre are different, and interfere with an actor’s living normally, so that *an effort* to fix attention becomes necessary” (Stanislavsky, 1973, s. 75).

I diskusjonens underkapittel 11.3 diskuteres forholdet mellom troverdighet i simulert fremstillingen i relasjon til læring. Er den troverdige fremstillingen avgjørende for den potensielle læringen i situasjonen? Det er diskusjonens fokus.

## 6.2 Bakhtins dialogiske teori

*”To be means to communicate”<sup>30</sup>*

Det er bemerkelsesverdig at Michail Michailovitj Bakhtin (1895-1975), som vokste opp i et særdeles ikke-dialogisk politisk klima skulle komme til å arbeide med det dialogiske hele livet. Han gjennomlevde den russiske revolusjonen, den påfølgende borgerkrigen og Stalins regime, utrensning i 1930 årene, den tyske invasjonen av Sovjetunionen, den kalde krigen, Krutsojov og Bresjnev. Dette til tross, at det var en dyp relasjon mellom dialog og eksistens, forble hans holdning livet gjennom.

The very being of man (both external and internal) is the *deepest communication*. *To be means to communicate*. Absolute death (non-being) is the state of being unheard, unrecognized, unremembered [...]. To be means to be for another, and through the other, for oneself. A person has no internal

---

<sup>30</sup> (Bakhtin, 1984, appendix II, s. 287)

sovereign territory, he is wholly and always on the boundary; looking inside himself, he looks *into the eyes of another* or *with the eyes of another*.

(Bakhtin, 1984, appendix II, s. 287).

Det var *interaksjonen* og *relasjonen* til den andre som alltid var i sentrum. I tillegg til det ikke-dialogiske klima i landet erfarte han også personlig utestenging fra å kunne delta i den dagligdagse dialogen han tilhørte. I 1929 ble Bakhtin, av politiske årsaker, og som så mange andre intellektuelle på den tiden, arrestert og sendt i eksil til Kazakhstan for fem år. I løpet av disse årene skrev han blant annet den banebrytende artikkelen "Discourse in the novel" i *The Dialogic Imagination: Four Essays* (1981). Et arbeid som fokuserte på det dobbeltstemmige ordet, dialogisert språk og polyfoni (Dysthe, 1999b, s. 3-17) i Dostojevskijs forfatterskap. Teorien om det polyfone (flerstemmige) i romanen utviklet han gjennom analysene av Dostojevskijs verker (Bakhtin, 1984). I de siste årene i eksil skrev han doktorgradsarbeidet *Rabelaise and his World* (Bakhtin, 1968), hvor han utviklet teorien om det karnevalistiske<sup>31</sup> i språket gjennom analysen av Rabelaise' litterære verker. Bakhtin benyttet romangenren som empirisk materiale for å utvikle sin dialogiske litteraturteori<sup>32</sup>. Han analyserte ikke materialet ut fra datidens rådende lingvistiske blikk med utgangspunkt i den skrevne tekstens semiotikk. I stedet benyttet han det litterære verket som representativt empirisk materiale for å forske i språket i bruk (Holquist, 2002). I *I En verden af fremmede ord* (Møller Andersen, 2002, s. 15) oppsummeres Bakhtins dialogiske perspektiver i fire teser: 1) Det dialogiske er forankret i språket 2) Det dialogiske er et vekselvirkningsforhold, en interaksjon (eller gjensidig utveksling) mellom to posisjonsmanifesterende poler med ytringen som hovedmanifestasjon 3) Det dialogiske er alltid forbundet med eksistens og 4) Det dialogiske har hos Bakhtin fått uttrykk i en polyfoniteori, en karnevalsteori og en ytringsteori hvor 'det

<sup>31</sup> Begrepet er knyttet til Bakhtins studier av karnevalet som en motkultur i middelalderen. For Bakhtin eksisterer denne kulturen på grensen mellom liv og kunst, og dens særtrekk er latter, det demokratiske og det anti-autoritære (Lothe, Solberg, & Refsum, 1997).

<sup>32</sup> Det er ikke helt presist å samle Bakhtins perspektiver under begrepet 'litteraturteori'; da hans syn på litteratur og livet favner et grunnleggende syn på hele den menneskelige eksistens.



fremmede ordet' inngår som kjernebegrep for interaksjonen.

Bakhtin definerte det dialogiske mye bredere enn en samtale mellom to mennesker. For han var det en måte å se og være i verden på, eller som Holquist uttrykker det: "a pragmatically oriented theory of knowledge; more particularly, it is one of several modern epistemologies that seek to grasp human behavior through the use humans make of language" (Holquist, 2002, s. 15).

I *Marxism and the Philosophy of Language* (Volosinov, 1986)<sup>33</sup> utreder Bakhtin sin ytringsteori. Her spesifiserer han sitt syn på dialogen med dette som utgangspunkt.

*[W]ord is a two-sided act. It is determined equally by whose word it is and for whom it is meant. As word, it is precisely the product of the reciprocal relationship between speaker and listener, addresser and addressee. [...] I give myself verbal shape from another's point of view. [...] A word is a bridge thrown between myself and another. If one end of the bridge depends on me, then the other depends on my addressee. A word is territory shared by both addresser and addressee, by the speaker and his interlocutor<sup>34</sup>.*

(Volosinov, 1986, s. 86).

I *Speech genres and other late essays* (Bakhtin, 1986) forklarer han hvorfor han ser på den verbale ytringen, og ikke skrevne ord eller setninger, som talekommunikasjonens enhet og hvordan ens egne ytringer formes i samspill med den andre. Denne, for datidens lingvister, radikale dreiningen mot språket i bruk var det som gjorde Bakhtin spesielt anvendbar for foreliggende kontekst (artikkel III).

Dialogen er sentral i kommunikasjonen mellom den simulerte pasienten og medisinstudenten med fokus på simulantens karakterdannelse i denne interaksjonen. Bakhtins tese om språk som identitesdannende utsier at 'den andre', i vårt tilfelle studenten, er av vesentlig betydning for dannelsen av det fiktive jeg'et. Replikutvekslingen mellom SP og student er ikke underlagt en forfatterinstans, det

---

<sup>33</sup> Volosinov står som bokas forfatter, men ifølge Dysthe er den skrevet av Bakhtin og bør derfor regnes som en del av Bakhtins forfatterskap (Dysthe, 1999b).

<sup>34</sup> Kursiveringene i sitatet er forfatterens.

er et dynamisk møte mellom to aktører hvor det levende ordet, selve ytringen, står i sentrum.

Vi valgte å undersøke dialogen mellom simulanten og medisinstudenten, med særlig vekt på simulantens karakterbygging i øyeblikket i samspill med studenten. Undersøkelsen ble utført i lys av tre sentrale aspekter fra Bakhtins ytringsteori; *adressivitet, bytte av talesubjekt og ytringens spesifikke fullføring* (Bakhtin, 2005). *Adressivitet* betrakter Bakhtin som ytringens essensielle kjennetegn. En ytring er, i motsetning til en setning, alltid er rettet til noen, og våre svar formes i et samspill med den andre; "Both the composition and, particularly, the style of the utterance depend on those to whom the utterance is addressed, how the speaker (or writer) senses and imagines his addressees, and the force of their effect on the utterance" (Bakhtin, 1986, s. 95). *Bytte av talesubjekt* er det som definerer ytringens grenser og *ytringens spesifikke fullføring* er det som gjør det mulig å innta en svarende posisjon til den.

## 7. Artikkene – metodiske tilnærminger og resultater

I det følgende redegjøres det for de fire artiklene hver for seg i henhold til bakgrunn, materiale, metode, teori og resultater. De anvendte metodene diskuteres i relasjon til de respektive artiklene. Da delstudie 1 og delstudie 4 har sitt utgangspunkt i samme materiale, velger jeg her først å redegjøre for delstudie 1, deretter for delstudie 4. Etter det redegjøres det for delstudie 2 og 3.

### 7.1 Artikkel I: Elements from theatre art as learning tools in medical education

Materialet for delstudie 1 og 4 ble samlet inn etter to undervisningsomganger i forbindelse med et konsultasjonskurs for sjette års medisinstudenter i februar og mars 2003. I dette kurset var det, som tidligere nevnt, tre sekvenser med simulert pasient. Jeg var simulert pasient i alle sekvensene. Rådata for begge studiene besto av: første og andre forfatters feltnotater, lydbåndopptak og transkripsjoner av to fokusgruppeintervjuer og studentens fritekstevalueringer etter undervisningen, vår 2003. Materialet ble analysert separat av forfatterne, men resultatene ble sammenholdt og skrevet inn i de to artiklene (I og IV) med hvert sitt fokus. Fokus for artikkel I var først og fremst å beskrive og undersøke modell 1 ut fra et teaterfaglig perspektiv. I artikkel IV ønsket vi, i tillegg til å beskrive egne refleksjoner rundt treningen, å analysere denne treningen ut fra studentenes perspektiv. I artikkel I sitt sammendrag står det: "For the project, an actress created a patient character, staging a consultation among a group of 36 medical students. The project was developed for medical students during spring 2003. The material used was the teacher's and the actress' field notes, the students' written free text evaluation and students' evaluation from a focus group of four students. The research was based on the reflective

practitioner design, and the analyses were carried out in terms of ‘the fourth wall’, manipulated temporality and the fiction created”.

Dette var den første artikkelen jeg skrev. I ettertid ser jeg at det forekommer en del unøyaktigheter og feil i artikkelen. Disse skal forsøkes rettes opp her i sammenskriving. Artikkelen ble skrevet etter de to undervisningsøktene vi hadde med studentene i februar og mars 2003. I *Modell 1, bakgrunn* (3.1) redegjøres det for min delaktighet i planleggingen av dette undervisningsopplegget. En viktig grunn til å skrive artikkelen var en personlig nysgjerrighet på hvordan eget (teater) fag hadde fungert når det ble anvendt i en didaktisk kontekst. Jeg var nysgjerrig på å finne ut hvilke grunnelementer som hadde vært mest bærekraftige i modellen. Naturligvis gikk jeg ikke til denne nærmere utforskningen av undervisningsopplegget uten forforståelse, men forforståelsen var ikke systematisert ut fra et eksplisitt blikk på egen kompetanse. Derfor var det viktig for meg å forsøke å sortere ut hovedelementer fra teaterfaget som ble benyttet. Og, fordi dette undervisningsopplegget var en ny konstruksjon, ønsket Bærheim og jeg også å gjøre modellen internasjonalt kjent<sup>35</sup>.

I denne del-studien var materialet: lærers og skuespillers feltnotater, studentenes skriftlige fritekst evalueringer og to fokusgruppeintervju hver med fire studenter<sup>36</sup>. Jeg skal i det følgende redegjøre for hvordan feltnotater, transkripsjoner fra fokusgruppeintervjuene og studentevalueringene ble produsert og hvordan det materialet som da kom frem ble benyttet i analysen.

### *Feltnotater*

Feltnotater kan fremskaffe detaljerte beskrivende versjoner av det som er blitt observert (Mays & Pope, 2006, s. 32-42). Feltnotater benyttes ofte i ulike forskningssammenhenger, etterfulgt av ulike måter å strukturere observasjonene på

---

<sup>35</sup> Presentasjonen av modellen på AMEE kongressen i 2003 resulterte i at også andre begynte å anvende modellen (Bute Medical School, University of StAndrews).

<sup>36</sup> I artikkelen står det (feilaktig) ett intervju.

---

(Patton, 2002). Feltnotater kan, i tillegg til å inneholde en beskrivelse av det som er blitt observert og den konkrete konteksten det foregikk i, også inneholde observatørens egne følelser, reaksjoner, reaksjoner på det som nettopp har skjedd og/eller observatørens personlige mening om det som nettopp har blitt observert (Patton, 2002, s. 303).

I våre feltnotater skrev vi ned refleksjoner relatert til våre posisjoner som reflekterende praktikere (O'Toole, 2006) i prosjektet. Mine refleksjoner i feltnotatene fokuserte (i stikkords form) på ulike sider ved teater/drama faget som hadde vært involvert; for eksempel egne (simulantens) reaksjoner på studentens ytring, og refleksjoner rundt hvordan jeg hadde opprettholdt den simulerte pasientkarakteren under 'timeout'-ene. Dette siste var noe jeg måtte prøve meg frem til for å undersøke hva jeg opplevde som riktig i situasjonen. Det var ikke noe vi hadde planlagt på forhånd, for eksempel; hvor jeg skulle ha blikket, om jeg skulle late som om jeg ikke hørte diskusjonen mellom studentene, osv. Bærheim noterte ned tanker rundt det pedagogiske i prosessen: for eksempel hvordan den verbale refleksjonen ble holdt gående eller hvordan de stille studentene kunne stimuleres til mer aktiv deltagelse. Disse feltnotatene ble senere, når alt materialet var samlet benyttet som utgangspunkt for en pågående diskusjon oss i mellom etter endt undervisningsøkt, altså et ledd i en stadig refleksjon over og videreutvikling av praksis. Som O'Toole sier: "In one sense, every good teacher, drama educator or applied theatre practitioner is automatically a researcher, in the sense of being one who examines and enquires into what we do in order, for example, to improve our teaching techniques [...]" (O'Toole, 2006, s. 21). For det andre ble notatene anvendt som en bakgrunn for beskrivelse og refleksjon over undervisningspraksisen i artikkelen. Feltnotatene ble imidlertid ikke analysert systematisk, men kan mer betraktes som en inspirasjonskilde for den pågående diskusjonen mellom de to forfatterne.

### *Fokusgruppeintervju*

En fokusgruppe består vanligvis av seks til tolv personer som blir intervjuet om et spesifikt emne (Krueger & Casey, 2000; Patton, 2002). To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført direkte etter at vi hadde anvendt modell 1 første og andre gang med medisinstudentene<sup>37</sup>. Jeg ledet intervjuene. Det var ingen co-moderator til stede slik det anbefales i litteraturen (Patton, 2002). Grunnen til det må tilskrives at det var viktig for oss at disse intervjuene ble gjennomført direkte etter aktuell undervisning, og i en tidlig fase av utviklingsarbeidet. Det medførte også at intervjuene kunne vært forberedt enda bedre. Det kan også tilskrives at jeg ikke hadde erfaring med gruppeintervjuer i forskningssammenheng tidligere. Fokusgruppene ble rekruttert ved at jeg spurte alle studentene samlet etter undervisningsøktene om noen var villige til å delta i et fokusgruppeintervju angående det de nettopp hadde opplevd. Mange meldte seg og jeg plukket ut fire studenter begge gangene; to av hvert kjønn, hvorav to hadde vært i direkte interaksjon med meg som simulant. De to andre hadde deltatt i den kollektive refleksjonen. En fokusgruppe bestående av kun fire informanter kalles *minifokusgruppe* (Krueger & Casey, 2000, s. 10). Fordelen med en såpass liten gruppe er at hver stemme kan komme bedre til sin rett, samtidig som det kan dras veksler på gruppedynamikken. Ulempen kan imidlertid være at ideer og meningsytringer blir begrenset. Gruppens diskusjoner ble tatt opp på diktafon og transkribert verbatim av meg<sup>38</sup>.

### *Fritekst- evalueringer*

Etter hver av de to undervisningsøktene i februar og mars 2003 ba vi studentene skrive en sluttevaluering av opplegget. Vi ønsket å legge færrest mulig føringer til grunn for studentenes refleksjoner. Derfor var det ikke et gradert spørreskjema, men

---

<sup>37</sup> Se intervjuguiden (Vedlegg 1).

<sup>38</sup> Bærheim fikk en kopi av de transkriberte tekstene, og leste og analyserte dem uavhengig av meg.

---

et ark med følgende to setninger: 1) skriv ned eget læringsutbytte ved denne undervisningen, 2) konkretiser hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes for å øke ditt læringsutbytte. De 72 (36 + 36) evalueringene ble lest gjennom og benyttet som relieff for våre refleksjoner opp mot det andre materialet.

### *Analyse*

I artikkel I er det ikke redegjort for hvordan de transkriberte tekstene (fra begge intervjuene) ble analysert. Disse ble analysert ved 'Systematisk tekstkondensering' etter Malterud (1996, s. 87-104), og opp til et visst analysetrinn. Først leste jeg de transkriberte tekstene i sin helhet for å få et helhetsinntrykk av materialet. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert, og en matrise for å organisere materialet ble laget. Kodene i matrisen var 1) Læringsutbytte i en skapt fiksjon vs. virkeligheten 2) Læringsutbytte i forhold til det temporale, timeout/tilbakemelding 3) Læringsutbytte i forhold til å delta i fiksjonen vs. betrakte fiksjonen 4) En lærings-situasjon med profesjonell skuespiller vs en amatør/student. Så langt ble Malteruds analysemetode fulgt. I følge Malterud skulle jeg til slutt ha rekontekstualisert tekstene til fortattede beskrivelser og begreper fulgt av utvalgte sitater som illustrasjoner. I ettertid ser jeg at denne analysen kunne vært fullført og tatt tydeligere og mer forpliktende med inn i artikkelen. Slik det nå står i artikkelen er det nok riktigere å si at transkripsjonene ble systematisk bearbeidet, men at kondenseringen ikke ble fullført. Kodene fra analysen ble imidlertid sett opp mot det andre materialet og på den måten ble et verdifullt bidrag i refleksjonen rundt undervisningen.

I artikkel I er det imidlertid skrevet inn tre sitater fra de skriftlige evalueringene. Disse sitatene er å betrakte som illustrasjoner på sentrale temaer som kom til syne ved gjennomlesning og analyse av tekstene.

*Diskusjon*

I sammendraget for artikkelen står det: "The research was based on the reflective practitioner design". Dette verken forklares eller beskrives i artikkelen. Jeg skal derfor her forsøke å oppklare litt rundt denne påstanden. I Donald Schöns bok *The reflective practitioner: how professionals think in action* (1983) undersøker Schön fem ulike praksisområder, representert ved fem personer med forskjellige yrker (ingeniør, byplanlegger, arkitekt, lege, psykoterapeut og lærer). Schöns utgangspunkt er at mange praktikere innehar en (taus) kunnskap i relasjon til faget som er vesentlig for måten de løser komplekse oppgaver på og at det er vesentlig for den profesjonelle kompetansen. Schön deler den profesjonelles refleksjon i to faser: først refleksjon-i-handling, deretter en etterfølgende tankevirksomhet over det som har hendt, refleksjon-over-handling. Schön har også utviklet dette til en forskningsmetode hvor praktikerens/forskerens egne hensikter og meningskonstruksjoner er legitime (Schön, 1995). Taylor (1969) trekker frem Schöns metode som særlig velegnet innen teater/drama forskning da dette er en metode som nettopp tillater praktikerens egen refleksjon over hvordan man interagerer med andre i klasserommet. Dette var også min intensjon når jeg skrev at jeg valgte dette designet; "[...] a discovery of self, a recognition of how one interacts with others, and how others read and are read by this interaction" (Taylor, 1996, s. 27), og som det står i artikkelen: "I was curious to find out how, and if, my profession could bring something new into the area of understanding for the medical students" (Alraek & Baerheim, 2005, s. 6).

Taylor bygger på Argyris og Schöns arbeid om profesjonell kompetanse (Argyris & Schön, 1974) og overfører denne tenkningen til kunstfaglige praksiser. Taylor eksemplifiserer hvordan han som høyskolelektor i drama anvendte Schöns 'reflektive kontrakt' i et dramaforløp for 10-12 åringer angående undersøkelse av kjemikaliers innvirkning på omgivelsene (Taylor, 1996, s. 25-58). Han var invitert av en grunnskolelærer til å være med å lage et dramapedagogisk opplegg for femte/sjette grads (10-12 åringer) angående forurensing. Taylor observerte at dramaforløpet ikke fungerte helt slik som han ønsket. Spontant, uten å diskutere med klasselæreren, forandret han på opplegget. Diskusjonen med klasselæreren angående det han hadde



---

foretatt seg ble tatt opp på båndopptaker. Når Taylor transkriberte denne teksten deler han arket i en høyre og en venstre halvdel. På venstre side er det gjengitt ordrett det Taylor og klasselæreren sa. På høyre side har Taylor isolert hovedpunktene ved samtalen som står til venstre og skrevet ned (i jeg-form) hvordan han reflekterer over diskusjonen de to hadde angående undervisningsopplegget. Dette kunne vært en metode vi kunne anvendt for håndtering av data i artikkel I. Da kunne betegnelsen *reflective practitioner design* kunne forsvares sterkere.

At jeg både var forsker og praksisutvikler i den samme estetiske praksis behøvde ikke nødvendigvis være av det onde, tvert imot, som gode undervisere vil man alltid reflektere og evaluerer egen undervisning enten for å gjøre den bedre og/eller for å forandre den (O'Toole, 2006, s. 21-26). Jeg mener i ettertid at dersom jeg først hadde skrevet ned forventninger angående sentrale (teatrale) grep ut fra egen forforståelse når jeg gestaltet pasientkarakteren i modell 1, kunne disse refleksjonene vært benyttet som refleksjonsgrunnlag å se råmaterialet opp mot. Slik det står i artikkelen kan det se ut som om de tre begrepene ('som om', manipulert tid, den fjerde veggen) er begreper jeg på forhånd visste var viktige bærebjelker i denne fiksjonsbaserte praksisen, noe som heller ikke er helt korrekt. Da jeg spilte pasienten 'Siri Bakke' brukte jeg mange (mer eller mindre bevisste) teknikker og grep som skuespiller, og jeg var genuint nysgjerrig på å finne ut hvilke mest sentrale virkemidler som hadde vært benyttet. At det ble akkurat de tre mener jeg må sees som et resultat av en sammenholdt refleksjon både i og over utført handling som skuespiller i undervisning. Studentevalueringene, transkripsjonene fra fokusgruppeintervjuene og studentenes fritekst evalueringer, egen forforståelse og tause kunnskap sammen med feltnotatene var alle faktorer som bidro til at det ble de tre (be)grepe.

Artikkelens avsnitt: *Theatrical devices used in the training model*

*Som om, manipulert tid og den fjerde veggen* inngikk altså som en del av mitt forskningsblikk, dog ikke like eksplisitt hele veien. Disse tre faktorene eller begrepene er svært forskjellige. 'Som om' kan betraktes som en hovedpremiss for en

fiktiv kontekst. I Stanislavskijs skuespillermetode er 'som om' å betrakte som grunnelement for all identifisering i arbeidet med rollen (Stanislavsky, 1973). I artikkelen er dette (be)grepet fremstilt som om det er noe spesifikt for vår undervisningsmodell, men 'som om' vil være det sentrale elementet i mange ulike pedagogiske fiksjonsbaserte praksiser (Bolton, 1998) hvor *agering* av ulik grad forekommer. Agering i denne sammenhengen betyr endring av adferd til det rollefiguren krever (Gaarder, 2003).

Manipulering / strukturering av tid er et av grunnelementene både innen ulike former for teater (For eksempel; Stanislavskij, Brecht, Grotowski) og innen et bredt spekter av dramapedagogiske praksiser<sup>39</sup> (for eksempel: Bolton, 1998; O'Neill, 1995; O'Toole, 1992). Brasilianeren Augusto Boals (1931- 2009) *forumteater* beskrevet i *Theatre of the oppressed* (1979) kan sies å være den dramapraksisen som modell 1 ligger tettest opptil med hensyn til manipulering av tiden: i forumteateret spiller man et stykke først som et konvensjonelt teaterstykke. Deretter gjøres en gjennomspilling til, men denne gangen opplyses det om at publikum kan stoppe spillet og selv gå inn og overta og spille en annen løsning enn den som ble vist i første omgang (Boal, 1979). Likheten med vår modell og forumteatret er fokus på alternative løsninger ved å stoppe tiden og gi rom for tilskuerdeltagelsen. Boal hadde en helt klar politisk hensikt med sitt teater, men hans teknikker blir også benyttet med andre hensikter enn politisk frigjøring og undertrykkelse. I følge Braanaas (2008) benyttes forumteater av dramapedagoger i Norden i forbindelse med holdningsendrende muligheter ut over det politiske. I vår modell var det en pedagogisk hensikt: studentene skulle trene kommunikasjonsferdigheter. I artikkelen har jeg forsøkt å vise hva manipuleringen med tiden ga i vår undervisning. Tre ulike tidsaspekter ble benyttet: sprang frem i tid, tidsstopp ved timeouts og sprang tilbake i tid ved studentens ønske om å forsøke noe om igjen. Det siste begrepet, den fjerde veggen, er videreført i artikkel II, og redegjort for både i *Den fjerde veggen - kort begrepsavklaring* (se 7.3) og i *Den fjerde veggen*

---

<sup>39</sup> Det vil være for omfattende her å komme inn på alle de ulike variantene av dramapedagogiske praksiser som eksisterer, men jeg mener det er riktig å plassere hele dette arbeidet i en *pedagogisk drama* tradisjon som har oppdragelse og undervisning som mål (Morken, 2003).

---

(10.2).

Artikkelens avsnitt: *The training model; theatrical devices and students' evaluations*

I dette avsnittet er resultater, teori og refleksjoner skrevet sammen. Elementer som inngår i denne sammenskrivingen er mine refleksjoner, biter av analysert materiale, pasientkarakteren Siri Bakkes stemme og sitater hentet fra studentenes fritekst evalueringer. Slik jeg har skrevet inn den fiktive stemmen til Siri i artikkelen mener jeg det må sees som et forsøk på å videreføre det estetiske elementet fra undervisningsmodellen. O'Toole både demonstrere og forsvare denne intertekstuelle skrivemåten innen dramaforskning (O'Toole, 1996). Han mener at nettopp ved å benytte en estetisk skrivemåte i stede for rapporterende narrativer, kan stoffet bli mer interessant for leseren. Forskeren lager en forbindelse mellom den estetiske praksisen som undersøkes og formen det formidles i. En kan si at skriveformen har estetiske elementer i seg, som bryter med en tradisjonell akademisk form.

Artikkelens avsnitt: *Limitations*

I dette avsnittet tas det opp tre forhold; spill/ikke-spill i relasjon til modell 1, refleksjoner angående den simulerte pasientens spillkompetanse og egen dobbelrolle i denne delstudien.

I hele dette doktorgradsarbeidet er problematikken rundt spill / ikke- spill til stede. Det hevdes både i artikkel I og flere steder i de tre andre artiklene at medisinstudentene ikke er i spill mens simulanten alltid er det. At simulanten er i spill kan forstås ut fra en definisjon av hva en simulert pasient er; "For patient simulation we use persons who have been specially trained and oriented to perform as patients" (Barrows, 1968, s. 624). At simulanten spiller er nokså åpenbart sett ut fra Kirbys definisjon på spill / ikke-spill:

Acting means to feign, to simulate, to represent, to impersonate. As happenings demonstrated, not all performing is acting. Although acting was sometimes used, the performers in Happenings generally tended to "be" nobody or nothing other than themselves; nor did they represent, or pretend to be in, a time or place different than that of the spectator (Kirby, 1972, s. 3).

Kirby beskriver her to ulike utgangspunkt for aktøren; den klassiske forståelsen der å være i spill er ensbetydende med å late som om man er en annen og happening/performance tradisjonen hvor aktøren deltar som seg selv. I dramapedagogiske praksiser er agering og spill mer nyansert (Bolton, 1998). Sett ut fra dramafaget vil det nok være riktigere å si at studentene også er i rolle fordi de er medskapende til en fiktiv situasjon hvor både tid og sted er fiktive elementer, og de selv deltar i fiksjonen som om de er pasient Siri Bakkes lege. Det som imidlertid legitimerer påstanden om at de *ikke* spiller er at de oppfordres til å delta i fiksjonen ut fra sitt eget profesjonelle jeg. Innen dramafaget kalles dette 'rolle i handling'. Det innbefatter at aktørene deltar som seg selv, men situasjonen og handlingene er som om (Sæbø & Flugstad, 2003).

Neste punkt i artikkelens *limitations* omhandler simulantens spillkompetanse. To vesentlig sider ved all skuespillerutdanning er å trene seg i å eksponere egne følelser, og å gjenta (på en troverdig måte) dette uttrykket gang på gang. Amatørskuespillere kan være (og er ofte) særdeles gode til å vise følelser i spill, men det er vanskelig å gjenta et visst uttrykk når man ikke har innlærte teknikker for det. Derfor mener jeg det kan være en fordel å ha skuespillerutdanning som simulert pasient i modell 1. Imidlertid egner sannsynligvis ikke alle profesjonelle skuespillere seg til dette nære og improviserte formatet. Ved universitetet i St.Andrews benyttes amatørskuespillere som simulanter i modell 1. Vi har også benyttet amatørskuespillere med lang scenisk erfaring. Vi benytter emosjonelt komplekse pasientkarakterer i modellen, og vår erfaring er at de amatørskuespillerne vi brukte hadde vanskeligheter med å posisjonere seg både følelsesmessig og i relasjon til å gi informasjon etter hvert som konsultasjonsprosessen gikk fremover.

Oppsummerende, slik artikkel I fremstår er den en reflekterende, fortolkende og deskriptiv artikkel for en ny undervisningsmodell, der en konsistent empiribasert

---

analyse ikke helt ble fullført. Det er en svakhet. Det er likevel et poeng igjen å peke på at avhandlingsarbeidet hadde utgangspunkt i og er et bidrag til undervisningspraksis, der systematisk refleksjon under og etter praksis har vært sentral.

## 7.2 Artikkel IV: Utilizing theatrical tools in consultation training. A way to facilitate students' reflection on action?

I artikkel IV sitt sammendrag står det: "The project was evaluated adopting a pragmatic version of the reflective practitioner research strategy as developed by Taylor. The evaluation was based on tutor and actress's field notes, students' written free text evaluation and students' evaluation through two focus groups. The qualitative analysis resulted in the three categories: the fiction created, temporality manipulated, and students' learning through reflection. Implications for students' learning process are discussed". Jeg skal i det følgende redegjøre for hvordan analysen ble foretatt, hva resultatene forteller og diskuterer resultater i relasjon til analysemetoden.

### *Analyse*

Artikkel I og IV ble skrevet parallelt i tid, men med hvert sitt fokus. De baserte seg på felles feltnotater som beskrevet under Artikkel I. Dermed ble analysen og resultatene sannsynligvis farget av felles forforståelse.

Malteruds systematiske tekstkondenseringsmetode ble anvendt, og er i artikkelen vist til som analysemetode. Malterud var inspirert av Giorgis fenomenologisk baserte analysemetode (Giorgi, 1985, i Malterud, 2003). Jeg skal i

det følgende gå noe grundigere gjennom de ulike analysetrinnene med utgangspunkt i hvordan Malterud beskriver dem (Malterud, 2003, s. 99-113).

1) Førsteforfatter leste først alle fritekstevalueringene (36 + 36) og de transkriberte tekstene fra begge fokusgruppeintervjuene for å få et generelt overblikk og bli kjent med materialet. Deretter ble *temaer* som umiddelbart virket interessante plukket ut, også relevante temaer ut fra feltnotatene.

2) Så startet han en systematisk gjennomgang av alt materiale for å identifisere *meningsbærende enheter*. Temaene fra forrige trinn var med i bakhodet. Deretter ble de meningsbærende enhetene systematisk merket og *kodet*. Kodene ble utviklet i samspill mellom innhold i de meningsbærende enhetene og de opprinnelige temaene fra første analysetrinn. Meningsbærende enheter med samme kode ble tolket for felles mening som ble oppsummert ved uttrykk tettets mulig opp til studentenes egne ord. Dette kaller Malterud for kunstige sitater.

3) Analysetrinn tre innebar en abstraksjon av den kunnskapen som hver av kodegruppene representerte. Ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene fra forrige analysetrinn i fortattede beskrivelser ble mening hentet systematisk ut fra disse enhetene.

4) På siste analysetrinn skal det i følge Malterud skje en rekontekstualisering fra kondensering til beskrivelser og begreper. Studentenes evalueringer av undervisningsøktene ble beskrevet i mer generelle termer ved å kombinere og redigere sammendragene. Hver beskrivelse ble merket i henhold til de elementene de inneholdt, og beskrivelsene ble validert ved å sammenligne dem med originaldata. Resultatene ble skrevet med illustrasjoner fra utvalgte sitater.

### *Resultater*

Denne artikkelen ble publisert som 'Short communication', noe de kortfattede resultatene bærer preg av. Resultatene presenteres som en evaluering av modell 1,

---

men de gir først og fremst mening når de betraktes i sammenheng med presentasjon av modellen (delstudie 1).

### *Metodediskusjon*

I tillegg til den metodediskusjonen som finnes i artikkelen vil jeg videre utdype et par temaer. Alle former for datamateriale rapporterer mer eller mindre pålitelig deltageres opplevelse av den opprinnelige hendelsen. Spørsmålet om det mulige eller umulige i å ta den andres perspektiv eller få frem gyldige representasjoner av den/de andres perspektiv er et stort og omdebattert spørsmål vitenskapsteoretisk. Jeg skal her begrense meg til å si noe om prosessen fra opplevd hendelse til råmaterialets tekster, der informantenes opplevelse filtreres og reduseres gjennom de valg som foretas av forsker i alle ledd fra av datainnsamlingen og gjennom analysene. Enhver kvalitativ analyse er avhengig av hvor rikt materialet er. Rikdommen i et fritekstmateriale er avhengig av hva som etterspørres på fritekstskjemaet, og studentenes oppfattelse av hensikt med å svare på det, følelse av disponibel tid til å fylle ut skjemaet osv. I en klasseromssetting kan en slik tekst kanskje bli noe mager pga. blant annet eventuell motvilje fra studenten mot pålagt arbeid og kanskje moderat inspirerende ledetekster. Rikdommen i samtale og tekster fra fokusgruppeintervjuene er avhengig av både hvordan informantene har bearbeidet intervjuets tema, gruppedynamikken og gruppeleders erfaring med gruppeledelse, særlig i forskningssammenheng.

I artikkelen står det at fenomenologisk metode (beskrevet av Giorgi, modifisert av Malterud) er anvendt. Selv om vi anvendte Malteruds tekstkondensering, er det ikke berettiget å hevde at vi benyttet en fenomenologisk grunnforståelse, da studien ikke fokuserer på grunnstrukturer ved et allmennmenneskelig fenomen. Studien er mer å betrakte som en enkel, kvalitativ innholdsanalyse som må sees i sammenheng med artikkel I. Dersom det hadde vært foretatt ulike analyser av forfatternes feltnotater og studentmaterialet ville vi muligens kunne fått frem evaluerende deler i marginalen i feltnotatene, og på tilsvarende måte rikere beskrivelse fra studentmaterialet. I ettertid er det også mulig å se at et rikere materiale ville kunne gitt et bredere meningsbærende resultat.

### 7.3 Artikkel II: Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall

Den fjerde veggen var et viktig element i artikkel I. Motivasjonen for å undersøke nærmere dette elementet sprang ut fra en nysgjerrighet som oppsto i meg i overgangen mellom å være skuespiller i det sceniske rommet og å være skuespiller i det didaktiske rommet. I institusjonsteateret, slik jeg har erfart det, spilles det stort sett alltid med en fjerde vegg mot publikum (Jullien, 1890, s. 47). Når jeg begynte som simulert pasient var det mye som kunne anvendes fra skuespillerfaget som måtte få vokse frem underveis. Dette skriver jeg om i artikkel I.

En åpenbar forskjell mellom teaterscenen og det didaktiske rommet var at publikum var mye nærmere, og at vi gikk ut og inn av ulike fiksjonslag i løpet av seansen. Jeg var nysgjerrig på hvordan dette fungerte og hvordan det kunne beskrives.

Da modell 1 ble vist på en internasjonal workshop for ca. 50 medisinske undervisere og kursarrangører ved Universitetet i Tromsø i 2005<sup>40</sup>, sørget vi for at workshopen ble tatt opp i sin helhet på video av to filmstudenter fra Tromsø. I utgangspunktet hadde vi flere motivasjoner for å ta opp workshopen på video. Dels tenkte vi dokumentasjon av modellen, og dels ønsket vi et ytre blikk på treningen. Filmstudentene ble ikke gitt noen spesiell informasjon på forhånd annet enn at vi ønsket både nærbilder og helhetsbilder som inkluderte alle deltagerne i rommet. Det er vesentlig å merke seg at et videoopptak av sosiale situasjoner ikke kan betraktes som en nøytral hendelse. Opptakene vil alltid være preget av kameravinkler, utsnitt av bilder osv. (Rønholt, 2003). I et forsøk på å komme dette faktum i møte, valgte vi å benytte to ulike kameraer som kunne fange opp situasjonen fra to ulike perspektiver. Den ene studenten hadde et statisk kamera. Hun tok opp oversiktsbildene. Den andre hadde et håndholdt kamera. Hun beveget seg rundt i rommet og tok opp nærbilder av tilskuerne og deltagerne i interaksjonen.

---

<sup>40</sup> Bærheim modererte og jeg spilte pasienten Siri Bakke.



---

Med dette råmaterialet tilgjengelig så jeg muligheten for å gå videre i min undring angående de ulike fiksjonslagene i treningen. Som simulant opplevde jeg en utfordring jeg ikke hadde møtt på som skuespiller på teatret: en frihet til å velge meg inn som en tydelig del av fiksjonen eller tone ned ageringen. Som hypotetisk utgangspunkt tenkte jeg at så lenge det var ulike grader av fiksjon i rommet måtte også grensen mellom de ulike aktørene i rommet forandre seg, og at dette ville vise seg gjennom en fjerde veggs forflytting og forandring. Var det en 'vegg' som flyttet seg? I så fall, hvilke implikasjoner kunne det tenkes å ha? Disse spørsmålene var utgangspunkt for denne delstudien.

#### *Den fjerde veggen - kort begrepsavklaring*

'Den fjerde veggen' er ikke en teori på samme måte som Stanislavskijs skuespillerteori eller Bakhtins dialogiske perspektiv. Den fjerde veggen er en metaforisk konvensjon som er benyttet på forskjellige måter i forbindelse med ulike former for teater opp gjennom tidene. Så vidt jeg vet skriver ikke Stanislavskij direkte om den fjerde veggen, men indirekte er han i tråd med den realistisk/naturalistiske tradisjonen når han beskriver skuespillerens arbeid med oppmerksomhetsirkelene (Stanislavsky, 1973, s. 72-94), hvor den fjerde veggen kan sees som et redskap for å fokusere skuespillerens oppmerksomhet.

Den franske dramatiker Jean Jullien (1854–1919) var den første som definerte den fjerde veggen skriftlig: "[...] il faut que l'emplacement du rideau soit un quatrième mur transparent pour le public, opaque pour le comédien" ... (det er nødvendig å settet opp en fjerde vegg, gjennomsiktig for publikum, men ugjennomsiktig for skuespillerne<sup>41</sup>) (Jullien, 1890, s. 47). Denne definisjonen var delstudiens utgangspunkt og start. Nå er imidlertid dette en konvensjon som har utviklet seg videre i relasjon til teaterfagets intensjon. Dette diskuteres videre i diskusjonen (underkapittel 10.2).

---

<sup>41</sup> Egen oversettelse.

*Materialet*

Talen i opptakene fra de to kameraene ble transkribert verbatim av meg. De ble transkribert uten koder for ikke-språklige uttrykk, pauser og lignende. Ved gjennomlesning av de transkriberte tekstene fant vi verken meningsbærende enheter, retoriske eller narrative strukturer med relevans for den fjerde veggen. Dette skyldtes sannsynligvis at den fjerde veggen ble på dette tidspunkt forstått som en romlig metafor som kunne sees, men ikke leses i transkribert tale. Dette var uventet, og resulterte i at jeg gikk bort fra transkripsjonene og konsentrerte meg om videoopptakene.

*Nærlesning som analytisk grep*

Nærlesning eller 'close reading' oppsto i utgangspunktet som en hermeneutisk metode å analysere dikt på (Richards, 1929). Metoden oppsto i det anglo-amerikanske litteraturvitenskaplige miljøet på 1930-40 tallet, og fikk betegnelsen New criticism (nykritikken). En nykritisk nærlesningsmetode innebærer å vektlegge tekstens detaljer ut fra tekstens selvstendighet som estetisk objekt og ikke ut fra en eventuell intensjon bak verket (Lothe et al., 1997). Denne metoden har blitt operasjonalisert til å være et verktøy for å studere og lære fra "the text of professional practice" (Watson & Wilcox, 2000). Her gir forfatterne en trinn for trinn beskrivelse av hvordan nærlesning kan anvendes som metode for å oppnå ny innsikt angående en tekst. Watson and Wilcox antyder tre trinn i analyseprosessen: Først, en rask gjennomlesning for å få et helhetsinntrykk. Deretter et 'zooming in' trinn hvor detaljer blir undersøkt, linje for linje og hvordan disse refleksjonene er skrevet inn mellom den opprinnelige historien. Som siste trinn nevner de et 'zooming out' trinn hvor de inviterer andre enn den opprinnelige gruppen til å delta med sine refleksjoner, for som de sier, ved å dele den samme teksten og lese den nøye, vil innforståtte kollegaer kunne finne ny mening til nye refleksjoner og andre spørsmål.

---

I delstudie 2 definerte vi videoopptakene av workshopen som tekst<sup>42</sup>. Vi benyttet nærlesning som metodisk grep for å undersøke den fjerde veggens bevegelser i undervisningsrommet. I den analytiske prosessen fulgte vi de tre overnevnte trinnene. Førsteforfatter så gjennom opptakene alene mange ganger for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble opptakene sett med et 'zooming in' blikk med spesiell oppmerksomhet på samspillet mellom den skiftende dialogen i rommet og den fjerde veggen. På dette trinnet ble videoopptaket stoppet mange ganger for å få tak i detaljer. Til slutt tok jeg et 'zooming out' -blikk hvor jeg inviterte andreforfatter til å delta i denne siste 'lesningen' av 'teksten'.

Under analysen så jeg først at når noen i rommet snakket sammen ble andre utestengt. For eksempel: når moderator tok 'timeout' og diskuterte med studentene, var jeg som simulant utestengt. Det var som om det var en vegg mellom meg og de andre i rommet, skapt av retningen på kommunikasjonen. Når kommunikasjonen skiftet retning, for eksempel tilbake til interaksjonen mellom meg som simulant og legestudenten, flyttet veggen seg tilsvarende. Det var kommunikasjonsretningen på makroplan som hadde betydning og ikke innholdet. Vi fant tre posisjoner for den fjerde veggen, og at det var kommunikasjonsretningen som 'satt opp' eller 'rev ned' den fjerde veggen i det didaktiske rommet. Jeg så forflytningen av veggen best i opptaket fra det stasjonære kamera, da dette ga oversiktsbilder med alle aktørene i rommet. Det håndholdte kameraet viste mer detaljer, noe som ikke hadde samme relevans i relasjon til den fjerde veggen.

---

<sup>42</sup> Å definere et videoopptak som tekst støtter seg på Barthes' utvidede tekstbegrep (Barthes, 1996). Hornbrook opererer også med det utvidede tekstbegrepet og da i relasjon til dramatisk kunst (Hornbrook, 1991).

## 7.4 Artikkel III: Creating the simulated patient through dialogue - an approach based on Bakhtin's dialogical thinking

Artikkel III er den eneste av de fire artiklene som benytter modell 2 som kilde for rådata. Begrunnelsen for å benytte modell 2 i denne forskningsammenhengen var både at her var det andre som spilte den simulerte pasienten og at denne modellen også, på samme måte som modell 1, på det tidspunkt var en del av kommunikasjonsundervisningen ved instituttet. Før jeg gikk i gang med denne delstudien tenkte jeg at det ville være bra å ha et utgangspunkt hvor jeg kunne se og oppleve dialogen mellom simulanten og studenten utenifra. Jeg håpet at ved å velge en kontekst hvor ikke jeg var både simulert og forsker ville jeg oppnå en distanse til å se klarere det fenomenet som skulle undersøkes nærmere, pasientkarakterens tilblivelse i dialogen med studenten. I tillegg ble Bakhtins dialogiske perspektiver valgt som utgangspunkt for analysen. Bakhtin arbeidet med dialogen og dens betydning for menneskets identitet. I følge Bakhtin blir det talende subjekts svar til i et samspill med den andres utsagn. Den verbale fremtoning kommer frem i samspill med den andre, i det levende språket. Og ordet i seg selv tilhører ingen, men er en bro mellom oss hvor den ene siden tilhører avsender og den andre siden mottaker (Volosinov, 1986, s. 86). Slik mener Bakhtin vi skaper hverandre i dialog.

Som skuespiller har jeg alltid forholdt meg til replikker og ferdige manuskripter. Jeg vet hva det vil si å arbeide med en karakter ut fra en ferdig tekst. Det jeg ikke vet så mye om (bortsett fra mine erfaringer som simulert) er hva det vil si å skape en karakter i improvisasjon. Selv om det anvendes mye improvisasjon i dramautdannelser, kan jeg likevel ikke si at jeg har så mye erfaring med nettopp det. Det som ledet min nysgjerrighet var å prøve å finne ut hva i disse samtalene som er med på å skape 'den andre'. Dette var naturligvis et pretensiøst prosjekt, ikke minst fordi det i det mellommenneskelige samspillet alltid vil være så 'mye på spill' samtidig. Jeg hadde også en anelse om at det ville være vanskelig å finne gode metoder for å analysere dette komplekse samspillet. I tillegg kommer også at det ikke

---

er gitt at det som kanskje kan være medskapende i en reell mellommenneskelig dialog også er det i en fiktiv kontekst. Her var mange skjær i sjøen. Når jeg likevel bestemte meg for å ta utfordringen med dette komplekse fenomenet, var det fordi jeg i treningen av simulantene våren 2008 opplevde hvor vanskelig det er å forklare og instruere simulantene. På et tidspunkt må du slippe dem og si: ”resten blir til i samspillet mellom deg og studenten”. Når jeg selv hadde vært simulant jobbet jeg nok mye ut fra en form for yrkesfaglig sikkerhet, hvilket ikke-skuespillere naturlig nok ikke har og kan hvile seg mot og stole på. Allerede da hadde jeg lyst til å gi dem noen verktøy de kunne ta med seg inn i dialogen med studentene, men jeg hadde ingen.

### *To kilder for råmaterialet*

Material og metode slik det er beskrevet i artikkelen kan utdypes. To hovedkilder for råmateriale er oppgitt å være: *simultane monitor-observasjoner* og *semistrukturerte intervjuer*. I tillegg står det at ”then we returned to the interactions for new observations”. Jeg skal i det følgende forsøke å oppklare hvordan observasjonene og intervjuene foregikk. Deretter skal jeg si noe om den abduktive prosessen mellom materialet og Bakhtins teori.

### *Simultane monitor observasjoner*

Høsten 2008 skulle vi igjen ha ”KomLab” (modell 2) for andre halvdel av tredje års studentkull (første halvdel av kullet hadde hatt KomLab våren 2008). Etter viktige erfaringer fra første runde med Komlab gjentok vi hovedoppsettet fra forrige gang: et videokamera ble plassert i treningsrommet hvor interaksjonen mellom SP og student foregikk. Over en monitor i rommet ved siden av kunne man se og høre den pågående interaksjonen mellom de to. Det var i utgangspunktet to årsaker til at vi hadde kamera i interaksjonsrommet. For det første var det viktig at daglig leder av ”KomLab” (som på det tidspunktet ikke var meg) kunne følge med på det som skjedde og være blikket utenfra dersom det oppsto situasjoner mellom SP og student som trengte en

oppløring etter interaksjonen. For det andre benyttet vi videokamera til å ta opp alle interaksjonene (87) på individuelle minnebrikker. Noen av disse brikkene ble benyttet i den videre trening/kvalitetssikring av simulantene<sup>43</sup>. Studentene kunne etter interaksjonen se seg selv dersom de ønsket det, som den del av egenlæring. Kamera med direkte monitoroverføring var altså ikke i utgangspunktet satt opp med tanke på datainnsamling. Jeg benyttet likevel denne muligheten til å se mange interaksjoner, for å se etter særskilte mønstre i dialogen. Av de i alt 87 interaksjonene var jeg til stede foran monitoren ved tredjeparten av dem. Bakhtins tre aspekter<sup>44</sup> fra hans ytrings teori (Bakhtin, 1986) var med som preliminare hypoteser og et fokus for mine observasjoner. Fordelen med de simultane monitor-observasjonene var at jeg kunne oppleve dialogen litt på avstand, og siden jeg hadde vært involvert i treningen av simulantene og bygget deres pasientkarakter, kunne jeg nå se det hele litt utenfra og merke meg hva i dialogen mellom de to som kunne bidra til en videre utbygging av pasientkarakteren. Jeg så om igjen 5 videoopptak som jeg hadde merket meg allerede da jeg var til stede under opptakene fordi de virket interessante i forhold til Bakhtins tre aspekter. Det var disse opptakene og teorien jeg pendlet mellom mens jeg var i skriveprosess for artikkel III. I tillegg til disse observasjonene ble også to semistrukturerte intervjuer benyttet som råmateriale for denne artikkelen.

### *Semistrukturerte intervjuer*

Semistrukturerte intervjuer er intervjuer med individuelle informanter. Et semistrukturert intervju er en samtale mellom to personer angående et felles tema (Kvale, 1996). Informantene var to simulanter som nettopp hadde deltatt i treningen av medisinstudentene (modell 2) i 2008. Jeg spurte de to spesifikt om de kunne tenke seg å delta i et intervju, da jeg hadde merket meg, under monitorobservasjonene, at de to gav spesielt mange nyanser i den simulerte pasientfremstillingen, og i tillegg

---

<sup>43</sup> Videoopptak fra SP/student anbefales å benyttes som en del av (videre) treningen/kvalitetssikring av simulanter (Wallace, 2007).

<sup>44</sup> De tre aspektene var: *adressivitet, bytte av talesubjekt og ytringens spesifikke fullføring.*

---

respondere de nyansert i relasjon til studentenes spørsmål og adferd. Tema for intervjuene var studentens innvirkning på simulantkarakteren.

Semistrukturerte intervjuer opererer med en løs struktur med åpne spørsmål som definerer det feltet som skal undersøkes (Britten, 2006). Mitt åpnings spørsmål til informantene var: "På hvilken måte påvirket interaksjonen med studenten din pasient?" I stedet for en intervjuguide benyttet jeg videre i samtalen åpne oppfølgingsspørsmål av typen: "har du noen eksempler fra treningssituasjonen med studenten på det?". Begge intervjuene ble transkribert verbatim av meg og benyttet som en del av råmaterialet sammen med monitor-observasjonene for å se mønster angående dialogens innvirkning på pasientkarakteren. I artikkelens sammendrag står det at vi har anvendt en abduktiv analytisk tilnærming. Jeg skal i det følgende først kort forklare hvordan jeg forstår abduksjon, deretter beskrive hvordan vi anvendte denne analytiske framgangsmåten. Til slutt kommer jeg med noen kritiske kommentarer i relasjon til egen anvendelse av abduksjon.

### *Abduksjon*

Charles S. Peirce (1839-1914) regnes som opphavsmannen til termen abduksjon i metodologisk sammenheng. Han hevdet at i tillegg til de to forklarings- og forståelsesansatsene (Alvesson & Sköldberg, 2008) deduksjon og induksjon, finnes det et tredje alternativ: abduksjon. Dette begrunnet han med at deduksjon forklarer hypotesene og utleder fra dem de nødvendige konsekvensene som må testes. Induksjon består av prosessen å teste hypotesene, mens abduksjon er prosessen med å utforme selve hypotesene (Fann, 1970). En annen måte å forklare relasjonen mellom disse tre forklaringsansatsene på er at ved induksjon går man fra empiri og deduksjon fra teori (Alvesson & Sköldberg, 2008). Abduksjon går også ut fra empiriske fakta, slik som ved induksjon, men i en abduktiv prosess avvises ikke teoretisk forforståelse. "Analysen av empirin kan t.ex. mycket väl kombineras med, eller föregripas av, studier av tidigare teori i litteraturen; inte som mekanisk applicering på enskilda fall, utan som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse. Under

forskningsprosessen sker således en alternering mellan (tidigare) teori och empiri, varvid båda successivt omtolkas i skenet av varandra" (Alvesson & Sköldbberg, 2008, s. 56). I den abduktive prosessen styres forskeren av "guessing instinct" (Fann, 1970) og i følge Peirce er dette den eneste metoden som kan frembringe ny kunnskap: "It is the only logical operation which introduces any new ideas; for induction does nothing but determine a value, and deduction merely evolves the necessary consequences of a pure hypothesis" (Peirce i, Fann, 1970, s. 10). Alvesson og Sköldbberg nevner to illustrerende eksempler der abduksjon som metode (s.55) anvendes: ved diagnosestilling i medisin og lyrikktolkning. Østern omtaler den abduktive logikken som særlig anvendbar for forskning på teater/dramapedagogiske prosesser (Østern, 1997, s. 77).

I deduksjon og induksjon er empiri og teori gitte faste størrelser. I abduksjon er det den analytiske prosess dem i mellom som er kunnskapsgenererende og som gjensidig kan endre teori og forståelse av empirien. I vår situasjon avstedkom den abduktive prosessen at vi stilte spørsmål tilbake til Bakhtins teori angående de ytringene som ikke faller inn under hans kategorier. Vi opplevde at Bakhtins talegenreteori er forholdsvis idealistisk og ikke sier noe særlig om de ytringene som faller utenfor kategoriene (for eksempel den ytringen hvor de talende subjektene riktignok venter på den andres 'finalization', men hvor de ikke kommer til enighet).

### *Hvordan abduksjon ble anvendt i artikkel III*

Først ble Bakhtins (1986) teori om talegenrene lest grundig med dialogen mellom simulant og student med i bevisstheten. Hensikten med studien var å undersøke interaksjonen mellom studenten og simulanten med fokus på 'in situ' - byggingen av simulantkarakteren. Deretter ble de tre særtrekkene ved ytringen; adressivitet, bytte av talesubjekt og ytringens spesifikke fullføring valgt fra teorien for å anvendes i en abduktiv tilnærming til materialet. Det vil si at når jeg så på simulantene over monitor, hadde jeg de tre særtrekkene for ytringen med meg som refleksjonsverktøy for å se om jeg kunne identifisere mønster eller tendenser for hvordan dialogen var medskaper til simulantens karakteruttrykk. I følge Alvesson og Sköldbberg kan man i abduktive prosesser ta utgangspunkt i antagelser, for så å se disse antagelsene opp



mot empiri. Vi brukte Bakhtins antagelser for å forstå praksis, for å "opptage" dialogen i praksis. Vår antagelse var at vi skaper hverandre i dialog, her simulantkarakteren og studenten som lege i situasjonen, men vi visste ikke hvordan. Vi visste heller ikke hvilke konsekvenser det hadde innenfor en fiktiv kontekst.

*Noen kritiske kommentarer til anvendelsen av abduksjon*

Alvesson og Sköldberg (2008) understreker tre forhold i forbindelse med abduksjon: det hermeneutiske ved metoden, alterneringen mellom teori og empiri og nødvendigheten av gjentatte kontroller. At metoden er hermeneutisk innebærer at det vil alltid være flere fortolkningsmuligheter angående det fenomenet som studeres. I tillegg vil det, i mine observasjoner av dialogene, være fare for at jeg fortolker det jeg forventer å se, altså at observasjonene kun bekrefter egen forforståelse. For å utfordre forforståelsen, inkludert det valgte perspektivet vekslet jeg, som Alvesson og Sköldberg anbefaler, hele tiden mellom teori og empiri og lot begge omtolkes i lys av hverandre. I artikkelen kunne en mulighet vært å se dialogen opp mot andre dialogteorier eller andre aspekter fra Bakhtins omfattende teorier.

## 8. Forforståelse i relasjon til kunnskapsgenerering

I kvalitativ forskning er ofte avstanden fra forskeren til datamaterialet kortere enn i kvantitativ forskning og forskerens erfaringer og forforståelse blir desto viktigere å reflektere over (Malterud, 2003). Forskerens forforståelse kan bidra til å bringe frem ny kunnskap ved å stille relevante forskningsspørsmål, relevante analytiske spørsmål til et materiale og relevante tolkninger av et materiale. Utfordringene for denne type forskning kan imidlertid være forskerens tause kunnskap som kan gjøre at forskeren ikke ser alternative tolkninger, som i for stor grad bekrefter forskerens egne antagelser angående det som er blitt undersøkt. I de fire delstudiene er det ulik grad av forskernærhet. I det følgende skal jeg redegjøre for dette, og hvordan det ble forsøkt tatt hånd om.

Delstudie 1 er åpenbart den studien hvor avstanden mellom forsker og det som forskes på er tettest. Det var flere aspekter ved studien som gjorde forskningen spesielt nær forskeren. For det første, simulanten som var bærer av fiksjonen var forskeren, innen en pedagogisk skapt kontekst som forskeren selv sterkt bidro til å skape. I tillegg var fokus for forskningen teaterfaglige aspekter eller grep, som i denne sammenhengen må betraktes som en vesentlig del av simulantens/forskerens faglige forforståelse.

Denne forskernærheten til materialet kunne vi i enda sterkere grad ha tatt grep for å tydeliggjøre og håndtere, allerede fra starten av, spesielt førsteforfatter som også var simulant. Vi hadde kunnet vinne mye på å etablere gode metaposisjoner ved enten å invitere andre aktivt inn i prosessen eller vi kunne ha benyttet analysemetoder som krever at ethvert svar skal etterfølges av et motspørsmål (Malterud, 2003).

Hummelvoll sier at å forske i et praksisfelt kan skje på to måter, enten blir man invitert til å gjennomføre en studie i feltet, eller man inviterer seg selv inn (Hummelvoll, 2010). I mitt tilfelle skapte jeg praksisfeltet i samarbeid med Bærheim, noe som nødvendigvis innebar stor forskernærhet til forskningen. Hummelvoll nevner videre tre kunnskapskilder som helse- og sosialfaglig praksis hviler på og som fokuseres i praksisnær forskning. For det første, en kontekstualisert, erfaringsbasert

---

pasient-/ brukerkunnskap. For det andre, en profesjonell erfaringsbasert kunnskap (praksiskunnskap) og for det tredje, en dekontekstualisert teoretisk, forskningsbaserte kunnskap (Hummelvoll, 2010). Jeg mener det er riktig å si at artikkel I er bygget opp med kunnskap i tråd med det siste punktet. Teaterteoretiske begrep og grep var med inn i studien fra starten av, både som forforståelse, og siden som metodisk analyseredskap. I tillegg var også min profesjonelle erfaringsbaserte kunnskap som skuespiller viktig for denne studien. Til forskjell fra min erfaring og forforståelse som skuespiller fikk jeg som forsker og simulans kunnskap om den fjerde veggens fleksible muligheter angående dynamikken og retningen på kommunikasjonen. Det bevisste bortvalget eller innvalget av den fjerde veggen har vesentlig betydning for simulansens troverdighet. Vi fant en sammenheng mellom veggens dynamikk og studentenes rapporterte opplevelse av læring angående det å være lege i en konsultasjon.

I delstudie 2 var avstanden mellom materialet og forskeren ikke så tett som i overnevnte studie. Delstudie 2 utforsker et spesifikt teaterfaglig fenomen. Som empirisk materiale anvendte vi et videoopptak av en workshop hvor modell 1 var presentert. Dette ga forskeren mulighet til å studere fenomenet på nært hold, og til å se det hele et skritt unna for å øke den kritiske refleksjonen. I følge Malterud (2003) er videoopptak velegnet som teknisk medium for datainnsamling når det skal forskes på et fenomen med flere dimensjoner enn den auditive språklige. Problemet med et videobasert materiale kan imidlertid være at forskeren mister forskningsfokus i det store tilfanget av detaljer og informasjon som et videoopptak gir. Det stiller strenge krav til stringens i analyseprosessen. Dette er utdypet under *Nærlesning som analytisk grep* (avsnitt under underkapittel 7.3). I denne delstudien var den fjerde veggens betydning en del av min forforståelse i og med forrige delstudie. Den nye kunnskapen her var en overgang fra Stanislavskijs oppmerksomhetssirkler (beskrevet i artikkel I) til identifisering av veggens tre ulike posisjoner, avhengig av kommunikasjonsstrømmen, som igjen gav tre ulike 'rom' med ulike didaktiske og fiksjonsskapende muligheter.

I delstudie 3 var det tre vesentlige utfordringer i relasjon til forskerens nærhet

til materialet: Forskerens tause kompetanse angående karakterbygging (som for delstudie 1 og 4), forskerens utforming av pasientkarakteren (før treningen av simulantene) og forskerens aktive rolle som instruktør for simulantene under treningen, hvilket også innebar en videreutvikling av pasientkarakteren i dialog med simulantene.

Det er viktig å presisere at i denne delstudien var jeg ikke simulant selv, og dermed heller ikke datakilde på samme måte som i delstudie 1, 2 og 4, fordi det her var andre som spilte den simulerte pasienten. Det betyr altså ikke at jeg var uten aktivt bidrag til eller uten forforståelse til det som skulle undersøkes, altså dialogens bidrag til den simulerte pasientens karakterbygging. Jeg ser på egen forforståelse som en viktig side av min motivasjon for å undersøke dette feltet, noe som for øvrig gjelder for hele avhandlingsarbeidet. Jeg har etter hvert fått mange typer erfaringer med feltet, og jeg hadde hypoteser angående feltet med meg inn i arbeidet. Men jeg var også klar over at min forforståelse kunne gjøre at jeg stengte av for sider ved det empiriske materialet. For å imøtekomme slike utfordringer bestrebet jeg meg på å identifisere min utgangsposisjon som forsker på forhånd med tanke på eget forhold til det som skulle undersøkes. I tillegg valgte vi en ny teoretisk referanseramme (Bakhtin) som gav nye briller å se materialet. Det gav mer kritisk distanse til forskningskilden. Den nye kunnskapen som ble frembrakt i denne delstudien var dialog som redskap for å bygge en fiktiv karakter. Dette aspektet var nytt for meg da jeg begynte arbeidet med artikkel III og er nytt innen forskning på simulanter.

I delstudie 4 var førsteforfatter bevisst at resultatene av en kvalitativ analyse alltid vil være preget av forskerens forforståelse på en eller flere måter. I et forsøk på å utfordre egen forforståelse angående medisinstudentenes læring i fiksjonsbasert undervisning ble en konsistent steg for steg analysemetode anvendt (se avsnittet *Analyse* i underkapittel 7.2). Spesielt kan nevnes at ved kodingen (analysetrinn to og tre) ble tekstbiter fra råmaterialet dekontekstualisert ved å bli fysisk klippet ut fra den opprinnelige sammenhengen og lagt sammen med andre tekstbiter med beslektete tekstelementer. De ulike "teksthaugene" ga mulighet for en viss avstand til materialet. I tillegg hadde førsteforfatter et fjernere forhold til materialet enn jeg/andreforfatter

hadde, da han verken hadde hatt ansvar for å bygge pasientkarakteren eller et hovedansvar for byggingen og opprettholdelsen av fiksjonen. Det nye bidraget her er studentenes rapporterte opplevelse av realisme i en fiktiv situasjon der prøving og feiling var tillatt. Studentene satte pris på at det ikke var forhåndsdefinerte læringsmål, men at de selv måtte finne egne fortløpende adekvate løsninger for situasjonen.

## 9. Etikk

Etiske forhold ved medisinsk forskning reguleres av Helsinkideklarasjonen av 1964 og effektueres av Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk. Medisinsk forskningsetikk omhandler først og fremst pasientens sikkerhet og rettigheter ved medisinsk forskning. Forskning på medisinsk undervisning utgjør en gråsonen innen Helsinkideklarasjonen, siden Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk praksis fokuserer på menneskers spesielle sårbarhet i pasientrollen. Vi valgte ikke å søke etisk komité i forbindelse med noen av de fire delstudiene fordi ingen av delstudiene impliserte undersøkelser eller andre forhold som kunne ha en negativ påvirkning på noen av deltagerne i prosjektet. Forhold vedrørende personvern i de fire delstudiene ble tatt hånd om slik:

For delstudie 1 og 4: Informantene var ikke identifiserbare i den skriftlige informasjonen de ga siden den ikke inneholdt person-identifiserbare elementer. Fokusgruppeintervjuene var frivillige og all personidentifiserbar informasjon ble utelatt ved transkripsjon.

For delstudie 2: Alle deltagerne i workshopen ble informert i forkant om at seansen ville bli tatt opp på video, og at videoopptaket ville bli benyttet senere i forbindelse med forskning på modell 1. De ble også informert om at det var mulig å reservere seg mot å bli filmet (ingen reserverte seg). I tillegg baserer ikke analysen seg på personidentifiserbare faktorer, men på undersøkelsen av et romlig fenomen (den fjerde vegg), og artikkelen beskriver ikke personlig relaterte forhold.

For delstudie 3: Transkripsjonene er i sin helhet anonymisert informasjon. Sitatene som er benyttet er også aidentifisert i relasjon til enkeltpersoner. Alle simulante var informert på forhånd om hensikten med observasjonene og intervjuene. I tillegg skrev de under på informert samtykke når de ble ansatt som simulanter om at deres arbeid kunne komme til å benyttes i forbindelse med forskning. Studentene ble informert om det samme på et informasjonsmøte før

---

oppstart av kommunikasjonstreningen. Ingen steder i delstudie 3 er det personrelaterte opplysninger som kan spores tilbake til informant eller student.

## 10. Diskusjon

Dette kapitlet innledes med en refleksjon angående forskning på medisinsk undervisning med utgangspunkt i en artikkel fra tidsskriftet *Medical Education*. Deretter diskuteres to sentrale aspekter ved avhandlingen; *den fjerde veggen* og *troverdighet* ved simulanten. Kapitlet munner ut i en oppsummerende diskusjon av avhandlingens styrker og begrensninger, samt spørsmål knyttet til validitet.

### 10.1 Forskning på medisinsk undervisning, et blikk

*Medical Education* er i øyeblikket det mest toneangivende tidsskriftet innen medisinsk pedagogikk. I 2010 har det vært to gjennomgangstemaer i tidsskriftet: kompleksiteten av (medisinsk) utdanning og kvantitative modellens utilstrekkelighet for å belyse hva som skjer i det didaktiske rommet. Regehr har skrevet artikkelen *It's NOT rocket science: rethinking our metaphors for research in health professions education*. I artikkelens konklusjon sier han: "Reorienting education research from its alignment with the imperative of proof to one with an imperative of understanding, and from the imperative of simplicity to an imperative of representing complexity well may enable a shift in research focus away from a problematic search for proofs of simple generalisable solutions to our collective problems, towards the generation of rich understandings of the complex environments in which our collective problems are uniquely embedded" (Regehr, 2010, s. 31).

Regehrs artikkel er, i korte trekk, et bidrag i forbindelse med en rådende kritikk av forskning på medisinsk undervisning som til nå har hatt som ærend å standardisere, dokumentere, og/eller bringe overforenklede fakta frem. Regehr sitt ærend er å fremme en type forskning innen medisinsk undervisning som tar vare på kompleksiteten, der også overføring til andre arenaer utover den konteksten de har blitt undersøkt i må diskuteres med utgangspunkt i det.



---

Denne avhandlingen berører det spenningsfeltet som Regehr viser til i og med møtet mellom en humanistisk-estetisk forskningstradisjon og medisinsk forskningstradisjon. Som alternativ til 'show and tell' modellen gjør han seg til talsmann for en forskning som kan bringe frem ny forståelse om et komplekst felt, og som gjennom det har sin styrke i å bidra med nye perspektiver på et område.

Styrken denne avhandlingen kan kanskje først og fremst sies å ligge i utvikling og beskrivelse av en ny undervisningsmodell i og for en kommunikasjonsundervisning i medisin, sammen med nye teoretiske perspektiver å forstå en slik undervisningspraksis ut fra. Her sikter jeg til teaterfaglige (be)grep samt en dialogisk forståelse av skaping av simulantkarakteren. Jeg har tilbudt feltet et konkret didaktisk utviklingsbidrag fra teateret med ditto kunnskapssyn, og med røtter i en humanistisk tradisjon. Jeg har også gjennom nyere forskningsfokus benyttet teorier og metodologier som i mindre grad er utprøvd i den omfattende simulantforskningen i medisin. Avhandlingen representerer slik sett også et møte mellom ulike vitenskapsparadigmer.

## 10.2 Den fjerde veggen

I delstudie 2 anvendes Jean Julliens beskrivelse av 'den fjerde veggen' fra 1890. I delstudie 1 er det også denne klassiske forståelsen av begrepet som ligger til grunn for refleksjonen angående undervisningsmodellen. Årsaken til at jeg forholdsvis unyansert forholder meg til denne opprinnelige forståelsen kan sees i sammenheng med de mange årene som skuespiller ved et institusjonsteater. I løpet av de tjue år jeg arbeidet ved Den Nationale Scene i Bergen opplevde jeg sjelden eller aldri at vi i den sceniske fremstillingen brøt med den klassiske forståelsen av dette prinsippet. Det var 'veggen' mellom oss aktører på scenen og publikum i salen som var den rådende konvensjonen, dersom man setter det på spissen. Vi spilte teater for et publikum som om de ikke var der. Unntaket var barneteaterforestillingene hvor det av og til (men slett ikke alltid) var lagt inn noen henvendelser til barna i salen for at de skulle føle at de var med i forestillingen, men svarene de kom med var sjelden viktige for spillet

videre gang. Vi spilte det som sto i manuskriptet, uavhengig av respons. Det hendte også at barna svarte 'feil' eller kom med for tidlig informasjon om noe som skulle avdekkes senere i forestillingen. Da spilte vi som om vi verken hørte eller så dem.

Dette betyr ikke at verken jeg eller mine kollegaer var upåvirket av det som skjedde mellom oss og publikum. Ingen synes, for eksempel, at det er inspirerende å spille komedie der ingen i salen ler. Dette får primært konsekvenser for vårt personlige følelsesnivå, og som sådan kan det naturligvis forplante seg videre til forestillingens kvalitet. Dette er min erfaringsverden angående den fjerde veggen som teaterfagmenneske. I artikkel IV (s. 653) står det at skuespillerne skaper fiksjon "in co-work with the audience". Et slikt samarbeid skjer etter min erfaring knappest eller aldri i det konvensjonelle teateret. Derimot, i modell 1 engasjerte vi studentene (publikum) i fiksjonen ved å invitere dem til refleksjon. I tillegg kan en si at de deltok i å skape fiksjonen når de fungerte som doktor for den simulerte pasienten.

Det finnes andre kulturpraksiser hvor den fjerde veggen (uttalt eller uuttalt) er nærværende/fraværende på andre måter enn mine erfaringer fra teatret. Kari Mjåland Heggstad (1998) beskriver tre ulike tradisjoner som dramapedagogisk arbeid kan knyttes til: drama som personlighetsutviklende metode, drama som teater trening og teaterproduksjon og prosessdrama - med vekt på temaundersøkelser. Jeg skal i det følgende se hvilken rolle den fjerde veggen spiller i disse tradisjonene, og undersøke om det er en mulig overføringsverdi mellom det som kom frem om den fjerde veggen fra delstudie 2 og disse tradisjonene.

Den engelske dramapedagogen og skuespiller i Stanislavskijtradisjonen, Brian Way, kan knyttes til den første tradisjonen. Way mener mennesket har et stort utviklingspotensiale, og at de menneskelige ressurser (konsentrasjon, sansene, fantasien, det fysiske jeg'et, tale, følelser og intellekt) kan utvikles gjennom trening. De syv ressursene fremstiller Way i en *personlighetssirkel* og hans påstand er at alle disse ressursene best lar seg utvikle gjennom arbeid med og i dramapedagogiske praksiser (Way, 1973). Pusztai (2000) har gjennom sitt doktorgradsarbeid synliggjort relasjonen mellom teaterfaget og dramapedagogiske praksiser. Med utgangspunkt i Stanislavskijs øvelser for skuespillere undersøker Pusztai hvordan Way (m.fl.)

---

anvender øvelsene som didaktisk instrument i pedagogisk drama. Forbindelsen mellom Stanislavskijs konsentrasjonsøvelser (beskrevet i *En skådespelares arbete med sig själv*, 1987 og *Building a character*, 2003) via oppmerksomhetssirklene og Ways metode er én av 14 didaktiske fenomener fra Stanislavskijs metode som Pusztai undersøker. Da Ways prosjekt var å benytte teaterfaget som et personlighetsutviklende instrument (Braanaas, 2008), skulle man tro at den fjerde veggen ikke var relevant i forbindelse med hans teori, men dersom veggen sees i forbindelse med Ways konsentrasjonsøvelse, som en måte å beskytte seg selv mot inntrykk fra omverden, (slik 'Siri Bakke' gjør i modell 1 under timeout, 'Location 2'), kan man se en forbindelse. Veggen blir da et verktøy og hjelpemiddel i forbindelse med konsentrasjon for den enkelte. Et tilleggsaspekt ved denne lokasjonen er at studentene beskyttes fra 'Siri', slik at de fritt kan diskutere henne som om hun ikke er der.

Den andre tradisjonen, drama som teater trening og teaterproduksjon vektlegger produktet og ikke prosessen ved teaterarbeidet. Mjaaland Heggstad (1998) knytter David Hornbrook til denne tradisjonen. Hornbrook satte den dramatiske teksten i sentrum og var klart en talsmann mot den pedagogikken som hviler på drama som prosess og verktøy (Braanaas, 2008, s. 324). Hornbrooks syn ligger tett opp til skoleteatertradisjonen, der eleven skal trenes i både å analysere forestillinger, og motta teaterkunst. Det er altså teater som sluttproduktet som vektlegges i denne tradisjonen. Ut fra denne pedagogiske tenkningen kan den fjerde veggen sees i sammenheng med Julliens definisjon; som en vegg mellom aktører og publikum som er gjennomsiktig for tilskueren, men ikke-gjennomsiktig for aktørene på scenen. Denne posisjonen for veggen har jeg identifisert som 'Location 1' i delstudie 2. Det er en tradisjonell posisjon for den fjerde veggen og kommunikasjonsstrømmen går hovedsakelig mellom legestudent og pasient. Alle andre i rommet er tilskuere til denne interaksjonen, utenfra, og det ageres mellom simulant og student som om de er alene i rommet.

Den tredje tradisjonen, prosessdrama, står i kontrast til Hornbrook-tradisjonen. Tradisjonen legger vekt på drama som en aktiv læringsform hvor selve prosessen, og

ikke nødvendigvis sluttproduktet vektlegges. Gavin Bolton (1927- ) og Dorothy Heathcote (1926- ) er denne tradisjonens ankermenn. Det blir for omfattende å berøre alle sider ved tradisjonen. Det som er vesentlig for denne sammenhengen er publikums rolle. Location 3 i delstudie 2 er den fjerde veggens fravær i rommet. Dette kan sees i direkte relasjon til prosessdrama hvor en kollektiv deltagelse rommer alle i rommet hvor deltagere og tilskuere går sammen om å skape den fiktive virkeligheten (O'Neill, 1995). Det betyr at i modell 1 har vi anvendt tre ulike dramatradisjoner i ett og samme undervisningsopplegg. Denne metaforståelsen av modell 1 kan være spennende i en videreutvikling av modellen. Selv om ikke den fjerde vegg er et uttalt didaktisk prinsipp innen dramapraksiser, mener jeg de tre 'locations' identifisert i delstudie 2 med tanke på den fjerde vegg vil kunne ha en pragmatisk nytteverdi i selve struktureringen av ulike spill/interaksjonssekvenser i et dramapedagogisk undervisningsopplegg. Janek Szatkowski har gjennom begrepet 'den estetiske fordoblingen' (1985) skrevet om nettopp læringspotensialet som kan ligge i prosesser hvor den fjerde vegg er fjernet og utøver og publikums deltagelse i fiksjonen glir over i hverandre (ingen er tilskuere, alle er deltagere) slik de også er i 'Location 3' i delstudie 2.

### 10.3 Troverdighet – en forutsetning for å være en god simulant?

De to treningsmodellene som begge danner bakgrunn for denne avhandlingen ser på simulantens *troverdighet* som del av betingelsene for læringen. Troverdighet i agering fremstilles også i Wallace' (2007) grunnbok for simulanter og simulanttrenerne som en hovedpremiss. Den innforståtte holdningen i fagmiljøet er at studentenes læring øker med grad av simulantens troverdighet i spillet, og fravær av troverdighet hindrer læring (Nestel, 2007). Denne holdningen flagges også i avhandlingens delstudie 1 og 4.

Jeg skal i det følgende utdype dette tema med følgende spørsmål som utgangspunkt: er det slik at læringen i fiksjon mister sin potens jo mer man fjerner seg

---

fra den estetisk-faglige kompetansen<sup>45</sup>, eller kan det tenkes at det er andre faktorer som er like eller vel så vesentlige som realismen i simulansens spillestil?

Modell 1 og 2 har pasientsimulering i møte med medisinstudenter til felles. Å betrakte et møte mellom to parter som en *symbolsk interaksjon* (Mead, 1934) vil være et blikk på linje med Bakhtins dialogiske tenkning. Vi påvirker hverandre gjensidig i dialog, og i denne påvirkningen dannes vår identitet. Overført til vår kontekst vil det bety at simulansens (fiktive) 'jeg' vil kunne påvirkes og skapes i et samspill med studenten<sup>46</sup> på tilsvarende måte som studentens (faglige) identitet har en mulighet til å utvikle seg og dannes i samspillet med simulansen. Jeg skal i det følgende undersøke hva denne tenkningen har å si for selve ageringen hos simulansen.

I artikkel I under *Limitations* står det: "Actors/actresses have the advantage of daring to show several emotions which are not *private* and related to their own experience at the moment[...]" . På tilsvarende måte vil jeg hevde at enhver skuespiller har fiksjonens troverdighet som en faglig ambisjon. Som simulans/instruktør i treningsmodellene har jeg tilstrebet en troverdighet i fiksjonen.

For skuespilleren (innenfor den naturalistiske / realistiske spilltradisjonen) er det viktig å bli trodd på i karakterfremstillingen. "Everything must be real in the imaginary life of the actor" (Stanislavsky, 1973, s. 157).

Det har vært mange diskusjoner i kunstpedagogiske miljøer både nasjonalt og internasjonalt knyttet til fagets kunstneriske / pedagogiske tilhørighet og identitet, en debatt som også har handlet om hva som er viktigst å vektlegge i faget: den instrumentelle bruken av faget (drama som arbeidsmåte) eller drama som eget kunstpedagogisk område med røtter i teaterfaget (drama som selvstendig fag). Debatten henger også sammen med prosess/produkt fokus. I *Meninger i mellom - perspektiver på en dramatisk kulturarena* gjør Rasmussen (2001) seg til talsmann for en kunstfaglig praksis han mener har berettigelse i et "mellomrom" mellom det pedagogiske, det kunstneriske og/eller det terapeutiske. Dersom modell 1 og 2

---

<sup>45</sup> Estetisk-faglig kompetanse skal i denne sammenhengen avgrenses til simulansens kvalitative agering.

<sup>46</sup> Hovedtema for artikkel III.

betraktes ut fra denne mellomromsmetaforen kan følgende karakteristika oppsummeres:

- Begge modellene baserer seg på en interaksjon som improviseres i øyeblikket
- Dialogen mellom simulant og student er intenderte i forhold til læring
- Simulantens agering antas som vesentlig for studentens læring

Med disse tre punktene i mente kan man spørre: er det nødvendigvis den troverdige skuespilleren som er den beste simulant? I tillegg til overnevnte teori om læring i dialog (Mead og Bakhtin) tilfører, i følge Rasmussen (2001), både Moreno (1953) og Gadamer (1975), (begge referert i Rasmussen), interaksjonsteorien et vesentlig moment. Det handler om at dersom en meningsfull og meningsskapende kommunikasjonsprosess skal kunne finne sted må begge parter gi opp sine statiske posisjoner og snakke sammen som to likeverdige partnere.

Dersom dette overføres til simulantene kan det tolkes slik at simulanten har, hvis vedkommende gir slipp på det statiske ved rollen, og i stedet lar seg påvirke av situasjonen og den andre, vil nettopp en meningsskapende kommunikasjonsprosess kunne finne sted. Når ikke det lykkes kan det henge sammen med to ting, simulantene er enten for ensidig opptatt av seg og sitt (og sitt eget uttrykk) eller er låst i fordommer om den andre, noe som også vil være med på å hindre godt samspill. Et annet hinder for godt samspill er dersom ingen av partene byr på seg selv, men overlater alt til den andre (Rasmussen, 2001).

Jeg skal til slutt forsøke å konkretisere hvilke konsekvenser den overnevnte refleksjonen kan ha når den bli overført til simulantens arbeid. Dersom troverdighet hos simulantene innebærer: *fleksibilitet* (å stille seg inn etter den andre), *oppmerksomhet* (for å få med hva som skjer i rommet), evne til *nyansering* (en pasientkarakter har i utgangspunktet like mange uttrykk, verbalt og ikke-verbalt, som alle andre mennesker) og evne til å *lytte* (en dårlig lytter får sjelden med seg nyanser hos den andre), er det ikke troverdigheten i seg selv som gjenspeiling av en virkelighet som er av vesentlig betydning, snarere *egenskaper* hos simulantene. Disse egenskapene mener jeg som simulanttrener kan øves, og gjennom øvelse, bevisstgjøres. Det finnes sikkert flere egenskaper som kunne nevnes her, men mitt

---

hovedpoeng er at dette ikke nødvendigvis er egenskaper som alle er velutviklet hos en profesjonell skuespiller. Og selv om jeg (og de fleste andre som arbeider med simulering i undervisning) stadig hevder at ageringen må være realistisk for læringsutbytte kan denne diskusjonen sees på som et bidrag til å snu debatten ved å si: fordi en simulant er i seg selv en fiksjon, er det kanskje ikke det eneste eller til og med det mest relevante å snakke om troverdighet. Den ikke-troverdige simulanten finnes kanskje ikke? Kanskje er det snarere egenskaper hos personen / simulanten som vil være avgjørende for læringspotensialet i fiksjonen, slik som evnen til å lytte, til tilstedeværelse i øyeblikket, oppmerksomhetsspenn osv.?

Stanislavskijs grunnleggende råd til skuespillere var alltid: "Start from yourself!". Dette er et sitat jeg også benyttet i den første artikkelen. Mange år har gått siden den gang. I dag ville jeg sagt til mine simulanter: "Start hos den andre!".

## 10.4 Avhandlingens styrker og begrensninger

Styrker og begrensninger ved forskningsarbeidet er også behandlet i kapitlene 7 og 8. Her vil jeg kort oppsummere og utdype noen sentrale punkter, samt ta opp sentrale aspekter knyttet til gyldighet eller validitet.

Denne avhandlingen har utgangspunkt i utvikling av fiksjonsbasert kommunikasjonsundervisning for studenter i medisin, i og for praksis. Nye modeller for en slik undervisning er utviklet i en prosess over flere år. I delstudiene beskrives modellene og en begynnende evaluering av dem er gjort. Dette arbeidet er også et møte mellom empirisk materiale fra undervisningspraksisen og anvendelse av teoretiske perspektiver i utvikling av og forståelse av den, fra det teaterfaglige feltet og fra Bakhtins dialogiske språkbruksteori. Hva er så forskningsarbeidets verdi? På en side er resultatene beskrivelse og begynnende evaluering av de nye undervisningsmodellene. På en annen side handler det om bidrag til ny forståelse av simulantbasert undervisningspraksis i et møte mellom empiri og teori.

De fire delstudiene har en innbyrdes sammenheng. Artikkel I slår an tonen

via de tre sentrale temaene; den fjerde veggen, manipulert tid og fiksjon skapt med 'som-om' som vesentlige fiksjonsbærende elementer. De tre temaene er på ulike måter med videre i de tre andre artiklene. Tydeligst er denne sammenhengen mellom temaene i artiklene å se i en linje mellom artikkel I og artikkel II. I sistnevnte artikkel utvides og undersøkes ett av de tre temaene, 'den fjerde veggen', med fokus på hva som skjer med denne 'veggen' i modell 1. Dette kan sees som en av avhandlingens styrker, nemlig at det gjennomgående tema nettopp er de indre sammenhengene mellom de teaterfaglige grepene brukt i undervisningen.

Det var en lang prosess å skrive artikkel III. Denne prosessen startet allerede under skrivingen av den første artikkelen, fordi jeg hele tiden mens jeg spilte den simulerte pasienten i modell 1, hadde en fornemmelse av at det var noe i den øyeblikkskapte delen av simulantfremstillingen som var vanskelig å sette ord på. I et forsøk på å fylle ut dette "blinde punktet" i artikkel 1 gikk jeg til selve dialogen mellom studenten og SPen. Dette for å undersøke om det var noe i dialogen i seg selv som kunne tenkes å være bidragsytende til karakterbyggingen. Kanskje var den tiden viktig i forhold til en modningsprosess. I ettertid kan jeg se at det var nødvendig å undre seg og lete etter en rikere forståelse av disse situasjonene for å kunne se Bakhtins teori som relevant, samt for å kunne anvende den. Jeg vil mene at det er en styrke at avhandlingen bringer inn en grunnforståelse av simulantkarakteren som dialogisk skapt.

I arbeidet har jeg anvendt forskjellige kvalitative forskningsmetodiske tilganger til empiri i delstudiene (feltnotater / refleksjonsnotater, observasjon med video, fritekstevaluering, fokusgruppeintervju) og i analyse (abduktiv prosess, nærlesning, systematisk tekstkondensering, samt deskriptiv metode). Det er også anvendt teorier fra teatervitenskap (Stanislavskij) og språkbruksfilosofi (Bakhtin) i forbindelse med analysene av materialet. Hensikten med arbeidet var å undersøke og beskrive et felt med tanke på videreutvikling og pragmatisk nytte for leseren / praksisfeltet. Det metodologiske mangfold kan ses på både som en styrke og en svakhet. Som tverrvitenskaplig prosjekt og i lys av forskerskoleringen har jeg sett det som nyttig og nødvendig å prøve ut metodologier fra humanistisk og kvalitativ



---

forskning, samt fra tradisjonell simulantforskning. Det har i ettertid vært lærerikt å reflektere over forholdet mellom metodologi, vitenskapsteori og kunnskapssyn.

En begrensning ved delstudiene er at resultatene med fordel kunne vært diskutert i lys av en eller flere teorier. I sammenskrivingen har jeg forsøkt å imøtekomme det ved å se de to ulike modellene i lys av læringsteori. Andre mer konkrete begrensninger ved arbeidet er diskutert under de enkelte artiklene (se kap. 7).

### *Intern validitet*

Intern validitet handler om hva den frembrakte kunnskapen faktisk forteller noe om, hva den er sann om. For å kunne gi et svar på det er det vesentlig å spørre: anvendte vi relevante metoder, teorier og begreper i forbindelse med utvikling og undersøkelse av feltet 'fiksjonsbasert kommunikasjonstrening i medisinsk utdanning'? Jeg startet forskningen med å betrakte undervisning gjennom teaterbriller, det vil si med bruk av teatreale (be)grep. Som jeg nevner i kapitlet om forforståelse (8) var produksjon av forskningsmaterialet praksisstyrt, altså en del av utviklingen av undervisningsmodellen "on site", og tett på selve løpet med å utvikle den. Dette formet svarene jeg fikk. Dersom jeg i utgangspunktet hadde benyttet begreper forankret i andre teoritradisjoner ville jeg fått andre resultater. En styrke for arbeidets interne validitet er nettopp den parallelle utviklingsprosessen i praksis, men samme prosess innebærer også en svakhet. Det nære forholdet til prosessen gikk ut over det metodiske i produksjons og innsamlingsfasen, med betydning for kvaliteten av forskningsmaterialet. Fanget vi for eksempel opp bredden i studentenes erfaringer og synspunkter?

Intern validitet handler også om relevans ved valg av analysemetode, analysens grundighet og hvorvidt den endelige presentasjonen har fanget opp og formidler det vesentligste ved materialet. Når både artikkel I og IV i tillegg til forskningsfokus hadde formidling av undervisningsmodellen som eksplisitt intensjon, kan dette ha gått ut over fokus på og håndtering av de overnevnte aspektene.

Nettopp med tanke på intern validitet valgte jeg Julliens definisjon av den fjerde veggen. Hans definisjon samspiller med mine erfaringer som skuespiller. Det

jeg kom fram til er gyldig i relasjon til denne definisjonen.

Det knytter seg et spørsmål til intern validitet i min utredning av simulantens in situ karakterbygging; er min undersøkelse av denne karakterbyggingen valid for slik den foregikk? Flere forhold tyder på brukbar intern validitet. Jeg hadde selv erfaring som simulant, hadde sett simulanter i arbeid lokalt, nasjonalt og internasjonalt. I tillegg hadde jeg på det tidspunkt fått bred erfaring i trening av simulerte pasienter. Dette tema er også behandlet i kapittel 8.

Intern validitet i relasjon til delstudie 4 dreier seg om hvorvidt studentenes svar gjenspeiler hva de egentlig mente. Det er en styrke at vi har brukt to uavhengige kilder for råmaterialet; fritekstevalueringer og fokusgruppeintervju. Det vil imidlertid alltid være mange fortolkningsmuligheter i overgangen mellom det erfarte og det rapporterte. Disse fortolkningene vil i utpreget grad være person og kontekstavhengige.

### *Ekstern / pragmatisk validitet*

Ekstern validitet eller overførbarhet henger sammen med de kvalitative forskningsresultatenes overførbarhet til andre sammenlignbare arenaer utover den konkrete undervisningssammenhengen de er frembrakt i. Når alt kommer til alt er kunnskapens eksterne validitet avhengig av om noen kan anvende den til noe (Kvale, 1997; Malterud, 2003). Vi snakker da om pragmatisk validitet eller praktisk nytteverdi. Jeg har sagt en del om dette i innledningen til kapittelet ut fra Regehrs blick.

Pragmatisk validitet handler også om bidraget avhandlingen har gitt til forståelse av praksis, dels knyttet til de teaterfaglige (be)grepene, dels den dialogiske grunnforståelsen, som også vil ha konsekvenser for praksisutførelsen av simulantbasert kommunikasjonsundervisning.

Delstudie 2 viser hvordan den fjerde veggen flytter seg avhengig av dialogens kommunikasjonsretning. Etter min erfaring vil det ved undervisning som beveger seg mellom ulike fiksjonslag (O'Toole, 1992) være en potensiell fjerde vegg og at denne

---

veggen kan settes (bevisst) opp av de ulike deltagergruppene (eller enkeltpersonene) for beskyttelse og/eller konsentrasjon.

Jeg har også holdt foredrag om den fjerde veggens muligheter i ulike legefora, og opplevd at allmennpraktikere umiddelbart ser en relevans for sin praksisundervisning med student tilstede i konsultasjonen. Det er nærliggende å tro at også sykehusleger kunne se en relevans med hensyn til kommunikasjonsforhold ved visittgang der pasienten ofte (ubevisst) blir snakket om som om de befinner seg bak veggen. Slik kan resultatene fra delstudie 2 ha en pragmatisk overføringsverdi.

I delstudie 3 er det analysegrepene og ikke resultatene i seg selv jeg mener er det mest overførbare ved studien. Resultatene fra denne delstudien er eksempler på mulig forståelse av det dialogiske i karakterbyggingen i møte mellom teori og empiri. Som sådan må sannsynligvis disse eksemplene prøves ut for å erfare relevans for egen praksis og eventuelt videreutvikles for å gi mening inn i egen kontekst (pragmatisk validitet). Jeg håper imidlertid også at de anvendte analysegrepene kan være med på å generere økt forståelse av et komplekst praksisfelt (ekstern validitet), se også tidligere i dette kapitlet.

Resultater i artikkel IV er en beskrivelse av studentenes opplevelse av vår undervisning. Disse resultatene brukte vi først og fremst til en evaluering av undervisningsmodellen. Resultatene ”peker tilbake på seg selv”; de gir mest mening når de betraktes som en del av presentasjonen av modellen og har trolig mindre overføringsverdi ut over denne konteksten. En videre evaluering av modellen i undervisningssammenheng er vesentlig.

*Refleksivitet* handler om en årvåkenhet på samspillet mellom kunnskap og måten kunnskapen frembringes på (Alvesson, 2008). Dette samspillet har jeg stått for som forsker. Det finnes ingen ensrettet vei fra analysematerialet til forskeren, snarere vil disse påvirke hverandre gjensidig gjennom studien. Både forsker og analysematerialet inngår i felles kontekst der resonnementer beror på alle elementene i konteksten. Jeg mener å ha beskrevet de refleksive prosessene jeg har vært innom på flere steder i avhandlingen (se spesielt kap. 7, 8).

## 11. Videre forskning

Dette doktorgradsarbeidet startet med en nysgjerrighet på en fiksjonsbasert medisinsk kommunikasjonstrening. I denne type trening er den simulerte pasienten sentral.

Simulanten har mange typer utfordringer i samspillet med studenten.

Arbeidet viser at når det kommer til menneskelig interaksjon er det vanskelig å få det vitenskapelige språket til å strekke til, kanskje fordi det ikke alltid er en kausal forbindelse mellom uttrykt språk/handling og tanker. Og kanskje fordi selve interaksjonen påvirker på så mange ulike måter at det er nesten umulig å skille mellom et 'du' og et 'jeg' og enda mer komplekst blir det når jeg'et er fiktivt. Hva videre forskning innen dette omfattende området bør vektlegge kan bare bli i en antydningens retning:

- Undersøkelse av studentenes læring i modell 1 og 2.
- Videre utforskning av simulansens utfordringer i samspill med studenten.
- Utprøving av den fjerde veggens didaktiske muligheter.
- Videre forskning på anvendelse av Bakhtins dialogiske prinsipper når den ene parten er et fiktivt jeg.
- Hvordan trene opp simulansens fleksibilitet, oppmerksomhet, evne til nyansering og evne til å lytte. Hva har denne treningen å si for samspillet mellom student og simulans og for studentens læringsutbytte.
- Undersøkelse av læringspotensialet i å kombinere de to modellene.

I tillegg er det behov for å vurdere de to modellene videre i lys av nyere egnede pedagogiske teorier.

---

Det siste ordet i denne avhandlingen overlater jeg til Mikhail Bakhtin for å synliggjøre det siste ords umulighet og for å antyde hvordan dette arbeidet kan sees på i relasjon til det fortidige og det fremtidige.

*There is neither a first nor a last word and there are no limits to the dialogic context (it extends into the boundless past and the boundless future). Even past meanings, that is, those born in the dialogue of past centuries, can never be stable (finalized, ended once and for all) – they will always change (be renewed) in the process of subsequent, future development of the dialogue. At any moment in the development of the dialogue there are immense, boundless masses of forgotten contextual meanings, but at certain moments of the dialogue's subsequent development along the way they are recalled and invigorated in renewed form (in a new context). Nothing is absolutely dead: every meaning will have its homecoming festival.*

*Mikhail Bakhtin*

## 12. Referanser

Alræk, T. J. (2002). *Tidens ansikter - ulike former for temporalitet i Anton Tsjekhovs drama Tre søstre, med sideblikk til en film og en performanceforestilling hvor Tsjekhovs drama er startpunktet*. Hovedfagsoppgave, Høgskolen i Bergen, Bergen.

Alraek, T. J., & Baerheim, A. (2004). *Utilising theatrical tools in consultation training*. Workshop. IDEA, Ottawa.

Alraek, T. J., & Baerheim, A. (2005). Elements from theatre art as learning tools in medical education. *Research in drama education*, 10(1), 5-14.

Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.

Aspegren, K. (1999). Beme guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563-570.

Aspegren, K. (2000). *Basisbog i kommunikation med patienter og kolleger*. København: Munksgaard.

Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539-543.

Baerheim, A., & Alraek, T. J. (2003). *Verbal reflection-on-action in consultation training*. Workshop. AMEE, Bern.

---

Baerheim, A., & Alraek, T. J. (2004). *Fiction and manipulated temporality as tools in consultation training*. Paper presentasjon. EACH, Brugge.

Baerheim, A., & Alraek, T. J. (2005). Utilising theatrical tools in consultation training. A way to facilitate students' reflection-in-action? *Medical Teacher*, 27(7), 652-654.

Bakhtin, M. (1968). *Rabelais and his world*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.

Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination: four essays*. (M. Holquist, Overs.). Austin: University of Texas Press.

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (C. Emerson, Trans.). Manchester: Manchester University Press.

Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. Austin, TX: University of Texas Press.

Bakhtin, M. (2005). *Spørsmålet om talegenrane*. (R.T. Slaatelid, Overs.). Oslo: Pensumtjeneste.

Barrows, H. S., & Abrahamson, S. (1964). The Programmed Patient: A Technique for Appraising Student Performance in Clinical Neurology. *Journal of Medical Education*, 39, 802-805.

Barrows, H. S. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Canadian Medical Association Journal*, 98(14), 674-676.

Barthes, R. (1996). Tekstteori. I A. Kittang, A. Linneberg, A. Melberg, & H.H. Skei (Red.), *Moderne litteraturteori – En antologi* (s. 70-85). Oslo: Solum Forlag.

Boal, A. (1979). *Theatre of the oppressed*. London: Pluto Press.

Bokken, L., Rethans, J. J., Scherpier, A. J., & van der Vleuten, C. P. (2008). Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: a review. *Simulation in Healthcare*, 3(3), 161-169.

Bolton, G. (1979). *Towards a theory of drama in education*. London: Longman.

Bolton, G. (1998). *Acting in classroom drama : a critical analysis*. Stoke on Trent: Trentham books.

Britten, N. (2006). Qualitative interviews. I C. Pope & N. Mays (Red.), *Qualitative research in health care*. (3rd ed., s. 12-20). Oxford: Blackwell Publishing.

Braanaas, N. (2008). *Dramapedagogisk historie og teori* (5. utg. ed.). Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Craenen, J., & Goedhuys, J. (1997). *Communication for the general practitioner's consultation*. Leuven: Academisch centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universitet Leuven.

Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillan.

Dysthe, O. (1999a). Ulike perspektiv på læring og læringsforskning - innleing. I O. Dysthe, (Red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. (s. 5-21). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Dysthe, O. (1999b). *The dialogical perspective and Bakhtin*. Bergen: Program for research on learning and instruction, University of Bergen.

Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt.



- 
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fann, K. T. (1970). *Peirce's theory of abduction*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Gadamer, H. G. (1975). *Truth and method*. London: Continuum Publishing Group.
- Giorgi, A. (Red.). (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne university press.
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., & Finset, A. (2009). Self-efficacy among doctors in hospitals after a course in clinical communication. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 129(22), 2343-2346.
- Gaarder, S. (2003). *Drama i klasserommet: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggstad, K. M. (1998). *7 veier til drama*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Helstrup, T. (1999). Oversikt over ulike retninger innen læring og læringsforskning, med vekt på kognitiv psykologi. I O. Dysthe (Red.), *Ulike perspektiver på læring og læringsforskning*. (s. 22- 46). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.
- Holquist, M. (2002). *Dialogism: Bakhtin and his world*. London: Routledge.
- Hornbrook, D. (1991). *Education in drama: casting the dramatic curriculum*. London: Falmer.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I Lyberg, A.. (Ed.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huygen, F. J., Mookink, H. G., Smits, A. J., van Son, J. A., Meyboom, W. A., & van Eyk, J. T. (1992). Relationship between the working styles of general practitioners

and the health status of their patients. *British Journal of General Practice*, 42(357), 141-144.

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28.

Jacobsen, T., Baerheim, A., Lepp, M. R., & Schei, E. (2006). Analysis of role-play in medical communication training using a theatrical device the fourth wall. *BMC Medical Education*, 6, 51.

Jacobsen, T., Råheim, M., & Rasmussen, B. (2009). Creating the simulated patient through dialogue - an approach based on Bakhtin's dialogical thinking. *The Applied Theatre Researcher*, 19, 6.

Jullien, J. (1890). *L'échéance Essai sur le théâtre vivant*. Paris: Imprimerie de Derdinand Imbert.

Kirby, M. (1972). On Acting and Not-Acting. *The Drama Review*, 16(1), 3-15.

Knowles, M. S., Holton, E., & Swanson, R. A. (2005). *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development (6th ed.)*. Amsterdam: Elsevier.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Kurtz, S., Draper, J., & Silverman, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine* (s. 88-103). Oxford: Radcliffe.

---

Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: CA: Sage Publications.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Laidlaw, A., & Humphris, G. (2006). *The introduction of 'Reflection-on-action' method with 'experienced' students: a comparison project*. Dundee: AMEE 2006 Abstracts, 155.

Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 13-20.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning : legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lepp, M. (1998). *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt en studie inom sjuksköterske- och vårdlärarutbildningen*. Akademisk avhandling, Stockholms universitet, Stockholm.

Lothe, J., Solberg, U., & Refsum, C. (1997). *Litteraturvitenskapelig leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Mabeck, C. E. (1994). *Lægen og patienten: patient-centreret medicin i teori og praksis*. København: Munksgaard.

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mays, N., & Pope, C. (2006). Observational methods. I C. Pope, & N. Mays (Red.), *Qualitative research in health care* (s. 32-42). Oxford: Blackwell Publishing.

McWhinney, I. R. (1989). *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press.

Mead, G. H., & Morris, C. W. (1934). *Mind, self, and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.

Meland, E., Schei, E., & Baerheim, A. (2000). Patient centered medicine--a review with emphasis on the background and documentation. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 120(19), 2253-2256.

Moreno, J. L. (1953). *Who shall survive?* Bacon, N.Y.: Bacon House.

Morken, I. (2003). *Drama og teater i undervisning* (2. utg ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Møller Andersen, N. (2002). *I en verden af fremmede ord : Bachtin som sprogbrugsteoretiker*. København: Akademisk.

Mönkkönen, J., Pyörälä, E., & Isotaulus, P. (2007). Medical students' perceptions of simulated patient interviews with amateur actors. *Drama*, ( 4), 20-25.

Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, (7), 3.

Nilsen, S., & Baerheim, A. (2005). Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education*, (5), 28.

O'Neill, C. (1995). *Drama worlds: a framework for process drama*. Portsmouth, NH: Heinemann.

---

O'Toole, J. (1992). *The process of drama*. London: Routledge.

O'Toole, J. (2006). *Doing drama research: stepping into enquiry in drama, theatre and education*. Queensland: Drama Australia.

Patla, A. E. (1998). How is human gait controlled by vision? *Ecological Psychology*, 10(3-4), 287-302.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). London: Sage publications.

Platz-Waury, E. (1992). *Drama og teater en innføring* (O. I. Langholm, Trans. Vol. 3). Oslo: Ad Notam forlag.

Pusztai, I. (1986). Den professionella teaterns inflytande på pedagogiskt drama. *Drama*, (1), 4-10.

Pusztai, I. (2000). *Stanislavskij-variationer: skådespelarövningar som didaktiska instrument i pedagogiskt drama*. Akademisk avhandling, Stockholms universitet, Stockholm.

Rasmussen, B. (1994). "*Å være eller late som om...*" forståelse av dramatisk spill i det tyvende århundre - et dramapedagogisk utredningsarbeid. Akademisk avhandling, Universitetet i Trondheim, Trondheim.

Rasmussen, B. (2001). *Meninger i mellom: perspektiv på en dramatisk kulturarena*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Regehr, G. (2010). It's NOT rocket science: rethinking our metaphors for research in health professions education. *Medical Education*, 44(1), 31-39.

Richards, I. A. (1929). *Practical Criticism: A study of Literary Judgment*. London: Routledge.

Rønholt, H. (2003) Didaktiske irritationer. I H. Rønholt, S-E. Holgersen, K. Fink-Jensen, & Æ. M. Nielsen. (Red.). *Video i pædagogisk forskning: krop og udtryk i bevægelse* (s. 106-153). København: Hovedland.

Schei, E., Baerheim, A., & Meland, E. (2000). Clinical communication--a structured teaching model. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(19), 2258-2262.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.

Schön, D. (1995). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Arena.

Silverman, J., Draper, J., & Kurtz, S. (1998). *Skills for communicating with patients*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms an experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Stanislavsky, C. (1973). *An actor prepares* (E. Hapgood, Trans.). London: Lewis Reprints Ltd.

Stanislavski, C. (1981). *Creating a role* (E. Hapgood, Trans.). London: Eyre Methuen Ltd.

Stanislavskij, C. (1987). *En skådespelares arbete med sig själv*. Stockholm: Tema nova.

Stanislavski, C. (1989). *Stanislavski's legacy*. London: Methuen Drama.

---

Stanislavski, C. (2003). *Building a character* (E. Hapgood, Trans.). London: Methuen Publishing Limited.

Szatkowski, J. (1985). Når kunst kan bruges. Om dramapædagogik og æstetik. I J. Szatkowski & K. Jensen (Red.), *Dramapædagogik i nordisk perspektiv. Artikelsamling 2*. Graasten: Drama.

Sæbø, A. (1998). *Drama- et kunstfag*. Oslo: Tano Aschehoug.

Sæbø, A. & Flugstad, P. (2003). *Drama i barnehagen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sæbø, A. (2009). *Drama og elevaktiv læring: en studie av hvordan drama svarer på undervisnings- og læringsprosessens didaktiske utfordringer*. Akademisk avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D. Sme, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Du Berger, R., Bartman, I., Buckeridge, D. L., Hanley, J. A. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*, 298(9), 993-1001.

Taylor, P. (1996). Doing Reflective Practitioner Research in Arts Education. I Taylor, P. (Red.), *Researching drama and arts education paradigms & possibilities* (s. 25-58). London: The Falmer Press.

Veloski, J., Boex, J. R., Grasberger, M. J., Evans, A., & Wolfson, D. B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teacher*, 28(2), 117-128.

Volosinov, V. N. (1986). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Vygotskij, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Wallace, P. (2007). *Coaching standardized patients : for use in the assessment of clinical competence*. New York: Springer Publishing Company.

Watson, J., & Wilcox, S. (2000). Reading for understanding. methods of reflecting on practice. *Reflective Practice*, 1(1), 57-67.

Watson, M. C., Norris, P., & Granås, A. G. (2006). A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 14, 83-93.

Watson, M. C., Cleland, J. A., & Bond, C.M. (2009). Simulated patient visits with immediate feedback to improve the supply of over-the-counter medicines: a feasibility study. *Family Practice*, 26(6), 532-542.

Way, B. (1973). *Utvikling gjennom drama*. Oslo: Gyldendal.

Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., Lipkin, M. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *Jama*, 290(9), 1157-1165.

Østern, A. L. (1997). *Växelverkan mellan teori och empiri i dramapedagogisk forskning*. Drama Boreale, Plenarföredrag. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto, 71-87.



---

**Nettsider** (kronologisk)

Wayne State University, School of Medicine, Information for people interested in becoming standardized patient

[http://www.med.wayne.edu/conjoint/sp\\_programs/prospective\\_sps.asp](http://www.med.wayne.edu/conjoint/sp_programs/prospective_sps.asp) (12.09.2010).

Best Evidence Medical Education (BEME)

<http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/beme/> (12.09.2010).

An International Association for Medical Education

<http://www.amee.org> (12.09.2010).

The Cochrane Collaboration, working together to provide the Best Evidence for Health Care

<http://www.cochrane.org/> (12.09.2010).

University of Toronto, Faculty of Medicine, Standardized Patient Program

<http://www.spp.utoronto.ca/> (12.09.2010).

University of Michigan Medical School, Standardized Patient Program

<http://www.med.umich.edu/lrc/spp/> (12.09.2010).

Association of Standardized Patient Educators

<http://www.aspeducators.org/> (12.09.2010).

