

Undervisningsvideoer med simulert pasient – produksjon og bruk

Øystein Hetlevik, Faggruppe allmenntmedisin, Institutt for globale helse og samfunnsmedisin, UiB

Dette er en beskrivelse av et prosjekt for utvikling av både undervisningsmetode og materiell til bruk i undervisningen av studenter i allmenntmedisin og presenteres her som den obligatoriske oppgaven knyttet til basismodul i Program for universitetspedagogikk ved UiB.

I allmenntmedisin er konsultasjonen et viktig arbeidsredskap for allmenntlegen (1-3), som i vårt nåværende system oftest blir kalt «fastlegen» og jeg bruker disse betegnelsen litt om hverandre i fortsettelsen. En typisk konsultasjon hos fastlege i vår tradisjon er på 15-20 minutter, noen ganger kortere ved enkle problemstilling, andre ganger lengre. I et slikt relativt kort pasientmøte må lege bruke tiden effektivt for å etablere kontakt, få frem informasjon som er nødvendig for å stille en diagnose, tilpasse behandling. Videre må pasienten få informasjon og involveres i beslutning relatert til videre oppfølging. Ikke alt kan dekkes i en konsultasjon men da må lege ha en strategi for å følge dette opp i nye konsultasjoner.

Samtalen med pasienten i konsultasjonen danner grunnlaget for en god relasjon som er et viktig behandlingselement, og kan sees som et «stetoskop» der legen må få frem nødvendig informasjon om symptomer og sykdomstegn som kan lede til riktige diagnose og for å forstå hvordan pasienten selv er på saken. Det siste perspektivet er viktig for relasjon og for at pasienten skal ha nytte av legens råd og tiltak.

Det er da god legekunst å kunne gjennomføre en konsultasjon på en effektiv måte. Noen tenker dette er å bruke sine medfødte evner; - enten er du god til å snakke med folk eller så er du ikke så god. Det var kanskje slik det ble tenkt noen ti-år tilbake i utdanning vår, men gjennom mange år har det vært et stadig større fokus på at kommunikasjon og gjennomføring av pasientmøter i en konsultasjon er ferdigheter som kan utvikles. Det er mye forskning omkring dette som ligger til grunn for modeller for konsultasjon. En av retningene er Calgary-Cambridge modellen, som vi i Bergen bygger vår undervisning på. I denne modellen fokuseres det på enkeltelementer i kommunikasjon, på struktur og styring og samtidig å kunne relatere dette «tekniske» til den problemstilling pasientene kommer med til legen (1, 3).

Det er ulike måter å undervise i disse ferdighetene som trengs for å gjennomføre allmenntmedisinske konsultasjoner. Det teoretiske grunnlaget kan en lese seg til, og det gir nødvendig bakgrunnskunnskap. Den beste metode for undervisning er nok øvelse, i rollespill, ved observasjon av leger i konsultasjoner eller at studenten bli observert i konsultasjoner på kontoret eller ved at konsultasjoner filmes og veiledning gis på grunnlag av dette.

Det som har vært noe utfordrende over tid er å finne eksempel til bruk i vår undervisning av konsultasjonsferdigheter når det forgår i større grupper. Vi kan invitere med pasienter i undervisningen, men det er krevende å stille opp i slik klasseromsundervisning. Vi har noe erfaring med å vise video av ekte konsultasjoner fra praksis, selvsagt med samtykke fra pasienter. Men det er ikke noe som kan brukes over tid, samtykker må fornyes og nye pasienter må involveres. Et annet

alternativ er å bruke «simulerte» pasienter som øver inn ulike pasientroller (4). Dette brukes mye i andre land. I Bergen har vi noe erfaring med det, og det fungerer godt, men krever en del administrasjon, tid til øvelser for «pasientene» og gir økt kostnad (5).

Vår hovedundervisning omkring konsultasjon som arbeidsredskap er et to dagers kurs på 6. år i medisinstudiet. Der foregår det meste av undervisningen i små grupper med rollespill, der studentene bytter på å ha rollene lege, pasient og observatører etter tur, med relativt høy lærertetthet som deltar i tilbakemelding. Der har vi brukt noen videofilmede konsultasjoner fra lærenes legekontorer for å bryte litt opp i rollespillmodellen og ha konkrete eksempler å diskutere utfra, men som beskrevet over er det en del problemer knyttet til konfidensialitet ved å bruke slike videopptak i undervisningen. Vi hadde derfor et ønske om å lage ett sett med video-konsultasjoner som vi kunne bruke over tid, uten denne usikkerhet mht samtykke og hva pasientene egentlig samtykket til.

Et annet, litt beslektet, behov for undervisningsvideoer er behovet for å kunne presentere pasienthistorier i undervisningsøyemed. Mye av undervisning omkring ulike tema innen allmennmedisin er case basert, der pasienthistorier brukes for å illustrere kliniske problemstillinger som utgangspunkt for undervisningen, vanligvis skriftlig presentert. Noen ganger inviterer vi med pasienter, men av grunner nevnt over er dette ikke alltid egnet. Også i denne sammenheng tenkte vi det kunne være nyttig å ha videofilmede konsultasjoner om ulike tema for å illustrere problemstillinger i allmennpraksis og eventuelt også se eksempler på hvordan problemstillinger kan håndteres av legen som utgangspunkt for studentaktiviserende undervisning (6).

Mitt prosjekt var, sammen med kolleger, å utvikle undervisningsvideoer til disse to behovene ved å kombinere bruk av simulerte pasienter som var instruert i noen utvalgte pasienthistorier, og videofilmede konsultasjoner der de kom til fastlegen med sitt problem. Med et slikt opplegg hadde vi mulighet til å unngå problemer med konfidensialitet og vedvarende samtykke, videre redusere ressursbruk til administrasjon og trening av simulerte pasienter. Vi kunne også velge ut problemstillinger vi ville belyse.

Formålet med dette prosjekt kan summeres opp slik:

- 1: Lage eksempler på konsultasjon til bruk på et todagers konsultasjonskurs for medisiner studenter på siste studieår, som kunne analyseres av studenter i grupper for å øve opp blick for elementer og teknikker som brukes, samt å gi konstruktiv kritikk relatert til observert konsultasjon. Lage dem slik at de ble oppfattet som reelle pasienthistorier og ekte konsultasjoner.
- 2: Lage konsultasjoner som kasuistikker/case som kunne brukes i undervisningen i spesifikke tema som antibiotika bruk, muskelskjelett plager, slitenhet/depresjon og diabetes / livsstilsrådgiving, da med mer fokus på klinisk innhold i tillegg men også illustrere mulige tilnærminger fra legen.
3. I begge bruksområder bygge studentaktiviserende undervisning omkring bruk av videokonsultasjonene.

Metode.

Video ble spilt inn i juni 2017. Forfatteren (ØH) ledet prosjektet og i samarbeid med tre kollegaer i faggruppe for allmennmedisin ved IGS (TH, GF og AB) utviklet vi 6 pasienthistorier som illustrerte ulike men relativt typiske allmennmedisinske problemstillinger. Vi engasjerte en profesjonell skuespiller og to dramastudenter fra UiB. AB instruerte de to studentene i sine roller en ettermiddag,

der de fikk to pasient roller for hver, mens skuespiller som hadde erfaring med å være simulert pasient fikk en kortere introduksjon til sine roller.

TH, GF og ØH som også er allmennleger gikk inn i rollene som «seg selv som lege». De var kjent med tema for konsultasjonene, men ikke orientert om detaljer i pasientens fortelling som var instruert av AB. Vi hadde som mål at dette skulle være autentiske konsultasjoner, også fra leges side. Konsultasjonen ble «skutt fra hoten» og ikke innøvd som rollespill.

ØH hadde kontakt med universitetets «DigUiB» (UiBs avdeling for digitale tjenester og verktøy) og de hadde en befaring på legekantoret som ble brukt (Bønnes legesenter) i forkant og planla oppsett for opptak. Opptak ble gjort med to kamera for å kunne illustrere både samspill mellom lege og pasient og for å kunne fokusere spesielt på pasient i deler av konsultasjonen. Konsultasjonene ble tatt opp i helhet og ikke redigert, men DigUiB redigerte opptakene i etterkant med hensyn til hvilket bilde som blir vist underveis. Alle opptak, i alt 6 konsultasjoner, ble gjort i løpet av en arbeidsdag. Konsultasjonene var fra ca 5 til ca 12 minutters lengder.

Bruk av video: Vi har et obligatorisk konsultasjonskurs over to dager i start av hvert semester. Videoene ble brukt første gang på konsultasjonskurset i august 2017 med ca 80 studenter og ca 10 undervisere til stede. Alle legene som var involverte i videoinnspillingen var med som undervisere på dette kurset og introduserte sine videoer som del av undervisningen.

To videoer ble presentert av legen som var «legen» og en annen kollega der legen først sier noe om egen vurdering av konsultasjonen, før studentene fikk som gruppeoppgave med 4 i hver gruppe å vurdere denne utfra det som er undervist om konsultasjonsteknikk (3), etterfulgt av en kort oppsummering i plenum. På dette kurset bruket vi også en tredje video der vi viste ulike faser av konsultasjonen som ble kommentert av legen fra video og annen underviser, før studentene i grupper fikk i oppgave å lage en fortsettelse og/eller avslutning på konsultasjonen i grupper som rollespill.

Vi har ved senere kurs brukt videoene noe ulikt, f.eks en videokonsultasjon med livsstilsrådgivning delt opp i faser som introduksjon før studentene har utviklet rollespill i studentgruppene, der en har tatt pasientrollen videre.

Den skriftlig evaluering fra studenter om bruk av videokonsultasjonene i dette kurset er basert på det første kurset. Vi har hatt samme opplegg på to kurs senere, men da ikke eksplisitt bedt om evaluering av videokonsultasjonene.

I tillegg til dette har jeg (ØH) brukt en 4. video med pasienthistorie med tretthet/depresjon som kasuistikk i fire ulike studentgrupper. Første to ganger vist kun innledningen som grunnlag for å identifisere problemstillinger som dukket opp og legen måtte ta stilling til, og bygget undervisningen rundt dette. To andre ganger fortsatt senere med å vise legens tiltak som utgangspunkt for å diskutere alternative diagnoser, tiltak, utredninger, løsninger m.m. Summegrupper og stor grad av studentinvolvering i plenum har vært brukt.

Etter disse undervisningsøktene er det kun gjort muntlig evaluering der studentene ble spurt om det var nyttig å bruke video som bakgrunn for videre mer teoretisk undervisning og om de oppfattet dette som autentisk konsultasjoner.

Videre er video brukt i et etterutdanningskurs for leger som grunnlag for å introdusere en strukturert tilbakemelding på konsultasjon i studentveiledning (TM).

Evaluering fra studenter

Evaluering etter første gangs bruk på konsultasjonskurset var i fri tekst, på et A4 ark, der de ble bedt om å svare på tre spørsmål. (i) Hva fungerte bra? (ii) Hva kunne fungert bedre? (iii) Hvordan fungerte videoeksemplene?

Vi fikk skriftlig evaluering fra 35 av ca 75 deltagere der 33 hadde besvart det spesifikke spørsmålet om video, noen hadde også sagt noe om video i de to andre punktene.

Her følger studentens kommentarer til «**Hvordan fungerte videoeksempler?**»

«bra med videoinnspelingar (gjer det litt mindre skummelt når vi skal filme oss sjølv og det lagde variasjon i undervisningen) «forbedringspotensiale: Flere videoer?»

«Hvordan fungerte videoeksempler: Godt»

«Viser at også erfarne leger har konstant forbedringspotensiale»

«Godt å sjå at ikkje alt var perfekt, fint å oppleve korleis de ynskte og tok tilbakemelding»

«Fungerte bra: ... diskusjon rundt videokonsultasjoner»

«bra med videoundervisning underveis med pauser innimellom der man får diskutert gruppevis. Fint å se video først, noe å bygge gruppespillene på»

«Lærerikt å se videoeksempler fra mer erfarne leger og kunne å diskutere de»

«Video fungerte bra. Lærerikt å se allmennlege i action»

«Videoeksempler: Alt OK!»

«Videoeksempler var veldig fint»

«Godt supplement med video, gir variasjon i undervisningen»

«Videoeksempler fungerer godt for å se de erfarne i praksis»

«Videoeksempler - Fungerte bra! Nyttig å se at også erfarne leger kan gjøre ting på andre måter / forbedre deg. Ufarliggjør rollespill og konstruktiv kritikk til medstudenter og fremtidige kolleger at kursholdere tør sette seg selv i en sårbar situasjon»

«Videodøme: Det var godt å sjå på andre også + få en tanke om korleis erfarne konsultatører gjer det. Kan gjerne ha en gruppediskusjon om kvar video før ein starter i plenum»

«nyttig å se proffer in action, fikk mye ut av å høre medstudenters innspill i etterkant av disse, det skapte interessant diskusjoner. Bra med innlagt «pauser» i øvelsene»

«det hadde vært fint med bakgrunnsinformasjon om pasientene for videre rollespill. F.eks info m medisinbruk ved diabetes kasuistikk, om det var nyoppstått sykdom.»

«Godt å se erfarne allmennleger i konsultasjoner»

«Bra, se hvordan ulike leger jobber. Se at det også er forbedringspotensial blant gode allmennleger»

«Veldig nyttig»

«Fint å ha noen situasjoner der vi ikke trenger å spille selv. Fint å høre andre tanker og tilbakemeldinger»

«Realistiske caser. Fint som motivasjon når vi skal filme selv. Sporty at foreleserne selv er åpne om forbedringspotensialer»

(hva fungerte bra) «Se videokonsultasjoner av lege/forleser og delta i evalueringen av denne med legens egen opplevelse»

«Bra med video. Årlight at vi heller har det enn flere skuespill»

«Nyttig å se hvordan «faktiske/ferdige» legers utfører konsultasjoner/kommunikasjonstips i praksis. Til tross for skuespill opplevdes det som naturlig og ekte – lærerikt»

«Bruk av videoeksempler fungere veldig godt. Fint å se hvordan leger arbeider, og kunne diskutere hva som fungerer bra og mindre bra med ulike metoder»

«Videoeksempler fungerte bra. Nyttig å se hvordan det fungerer i praksis»

«Kjempelærerikt på forskjellig måter: - se eksempler på formuleringer/forskjellig personlig stil; - lære at det å bli en god lege er en prosess og at det alltid er rom for forbedring selv hos erfarne leger; - spennende grep å hoppe inn i konsultasjonen de en annen lege har startet»

«Fungerte bra. Nyttig å se eksempler fra ulike leger med ulike teknikker»

«Greit å se eksempler der alle kan diskutere uten at noen i gruppen blir evaluert»

(videoeksempler) «Fungerte veldig bra!»

(fungerte bra) «Video dag 2 med plenumsundervisning og case på ulike deler av video. Visning video dag1» (kunne vært annerledes) «kunne vært mindre tid til drøfting video dag 1» (videoeksempler) «Kjekt å se erfarne leger gjøre samme type øvelser som oss. Video dag 2 var lærerikt da konsultasjon ble tydeliggjort og brutt ned for å få frem poenger. Video dag 1 var lærerike, men det gikk med litt mye tid til analysering av legens innsats etterpå»

«Bra»

Muntlig evaluering fra bruk i annen undervisning var at konsultasjonene ble opplevd som autentisk med «ekte pasient». Det ble opplevd som nyttige introduksjon til problemstilling den dagen. Sett fra underviser sitt synspunkt gav dette mye rikere og bedre kasuistikk enn en skriftlig «case» og var et bedre utgangspunkt for undervisning om fastlegens oppgaver ved problemstilling slitenhet / depresjon. Tilbakemelding er sammenfallende for alle de fire ganger denne videoen er brukt.

Oppsummering

Evaluering fra studenter er positiv til den bruk vi hadde planlagt, vi har ikke fått noen negative tilbakemeldinger. I det følgende summeres egne erfaring og relateres noe til enkelte av studentkommentarene som er referert i sin helhet over (..uten at det er ment å indikere at dette er en «kvalitativt forskningsprosjekt»)

Erfaring er at studentene oppfatter de simulerte pasienter som ekte pasienter. At det er skuespill har ikke influert engasjement fra studenten omkring drøfting av problemstillingene og det tolker vi som tegn på at autentisitet er god.

Sitat: «Til tross for skuespill opplevdes det som naturlig og ekte – lærerikt» «...Realistiske caser...»

På bakgrunn av erfaring fra egne pasientmøter i allmennpraksis ser vi at noen pasienthistorier kunne vært utviklet videre både mht symptompresentasjon og pasientens fremføring av bekymringer, symptomer og forventninger, likevel fungerer det tilsynelatende godt til vårt bruk.

Teknisk kvalitet er god fordi vi hadde profesjonell hjelp til opptak, dette bidrar nok til opplevelse av autentisitet. Bruk av to kameravinkler gav mulighet for større fokus på pasientreaksjon vist gjennom

kroppsspråk / mimikk enn om det var kun ett kamera og det beriker filmene som undervisningsmateriale. Alternativet var å gjøre dette uten hjelp med enklere teknisk opplegg, det ville nok fungert, men med mindre «input» til en diskusjon.

Vi valgte å bruke undervisere i rollen som fastleger, og har så langt brukt de filmede konsultasjonene som en «personlig undervisning» der legen på video tar aktivt del i undervisning med studentene der videoene brukes. Vi var usikker på om det ville dempe engasjementet hos studentene når de ble bedt om å analysere konsultasjonene med underviserne og gi tilbakemeldinger som var relativt direkte til den legen /underviseren som hadde gjort «jobben sin» på filmen. For å skape litt distanse laget vi en ramme for undervisningen der vi også ville forberede dem på at de senere selv skulle bruke video. Etter kurset skal studentene i praksis på et fastlegekontor, og i løpet av praksisperioden filme en konsultasjon. Denne skal de vise for hverandre i mindre grupper etter praksis, selvsagt med samtykke fra pasientene som er med, og dette makuleres umiddelbart etter at undervisningen er gjennomført. Rammen vi laget på kurset når vi viste videoene til «analyseformål» var at underviser som var lege på videoen, gikk inn i rolle som «student» som skulle vise sin video i en slik videogruppe og be studentene gi tilbakemelding. På konsultasjonskurset jobber vi både med det å gi tilbakemelding og å vurdere konsultasjoner etter en fast modell, som gir mer læring enn egen refleksjon uten input fra andre (7). Når studentene hadde gruppediskusjon om disse konsultasjonene og siden under oppsummering i plenum gav de variert tilbakemelding også med påpeking av forbedringsmuligheter. Samtidig gav dette grunnlag for interessante diskusjoner studentene imellom om ulike måter å ta opp problemer pasienter kommer med.

Sitat: «... fikk mye ut av å høre medstudenters innspill i etterkant av disse, det skapte intersant diskusjoner «

Vi vet ikke hvordan dette ville fungere om videoen ble vist med fremmede folk i alle roller, f.eks våre videoer i en undervisning utenfor vårt fagmiljø. Det var ikke vårt mål å lage «instruksjonsvideoer» som skulle vise hvordan konsultasjoner skulle gjennomføres, men gi hverdagsskildringer med ulike tilnærminger og rom for forbedring. Hvordan en slik tilnærming i undervisning kan fungere i andre settinger er vi usikre på og dette må testes, da det kan fungere annerledes enn vi har erfart.

Flere studenter har satt pris på dette med å dele det u-perfekte:

Sitat: «Bra, se hvordan ulike leger jobber. Se at det også er forbedringspotensial blant gode allmennleger»
«Viser at også erfarne leger har konstant forbedringspotensiale»

Men antagelig viktig at fokus på underviserprestasjoner som leger ikke blir for stort: «..Video dag 1 var lærerike, men det gikk med litt mye tid til analysering av legens innsats etterpå»

Det har vært noe intern diskusjon om hvor åpne vi bør stille oss som leger med forbedringspotensialer. Kan vi snakke oss ned og som en bi-effekt få et useriøst skjær? Hvilke andre fagmiljø stiller seg selv frem slik? Det hadde vært interessant å finne noe faglig dekning pedagogisk sett for å legge det opp på den måten vi har gjort, men det har jeg ikke funnet noe om. Bruk av undervisere i et slikt opplegg er avhengig av god indre støtte i miljøet og en trygghet i legerollen før en kan la studentene få utfordre underviserne på denne måten.

Studentene synes å verdsette denne tilnærmingen: «Sporty at foreleserne selv er åpne om forbedringspotensialer» «... Fint å se hvordan leger arbeider, og kunne diskutere hva som fungerer bra og mindre bra med ulike metoder»

Senere i dette konsultasjonskurset brukte vi også videokonsultasjonene med fokus på konkret faglig tema i konsultasjonen, f.eks diabeteskontroll. Da blir den simulerte pasienten mer i fokus sammen

med fokus på hvordan legge opp kontroll og livsstilrådgivning. Her ble video også brukt som introduksjon til problemstilling ved å vise noen minutter av konsultasjonen, etterfulgt av rollespille i smågrupper.

Dette ble kommentert fra student slik: «- spennende grep å hoppe inn i konsultasjonen der en annen lege har startet» «Video dag 2 var lærerikt da konsultasjon ble tydeliggjort og brutt ned for å få frem poenger».

Vi har også noe erfaring fra andre undervisningssituasjoner, der formålet var å presentere en case ved hjelp av en videofilmet konsultasjon med en simulert pasient. Hovedinntrykk er at det gir et godt utgangspunkt for videre studentaktivitet også gjort i andre typer undervisning. Jeg hadde i flere år før dette hatt undervisning om arbeidet med psykiske helseproblemer i allmennpraksis. Hadde fra før erfaring med å gi korte pasient kasuistikker skriftlig som utgangspunkt for studentaktiverende grupper. Har siste 4 ganger i stedet brukt video der det i samtalen med pasienten på filmen kom frem ulike problemstillinger som kunne relateres til psykisk helseproblem, problem på jobb, relasjon til arbeidsgiver, familie m.m. Etter visning av første del av en slik konsultasjon fikk studentene i oppgave å sortere problemstillinger som hadde kommet frem, diskutere hvordan legen kunne bidra til å hjelpe og hva som eventuelt ikke var noe legen skulle gå inn i, og videre å diskutere diagnostiske muligheter.

I løpet av få minutter fikk studentene da et mye rikere tilfang av informasjon enn ved en skriftlig case. Alternativet med å invitere med en pasient kunne vært sammenlignbart, men det er krevende både å rekruttere pasienter og slik undervisning er utfordrende for pasienter å stille opp på.

Oppsummering

Samlet sett er min vurdering at disse videoene av konsultasjonen i allmennmedisin har gitt oss et godt og fleksibelt redskap til studentaktiverende undervisning om konsultasjon som arbeidsform i allmennpraksis. Vår metode med bruk av simulerte pasienten er oppfattet som autentiske konsultasjoner. Metoden gir mulighet til å undervise omkring kliniske tema med utgangspunkt i pasienthistorier, noe som er ansett som en god modell for undervisning av medisiner studenter (8). Med en slik kombinert modell med simulert pasienter og videoopptak belaster vi ikke pasienter, og økonomisk er det gunstig da vi bruker simulerte pasienter en gang men samme videofilmede konsultasjon over tid. Eventuell effekt på læringsutbytte har vi ikke noe kunnskap om.

Etterskrift:

Forfatter Øystein Hetlevik (ØH) hadde ide, ansvar for planlegging og praktisk tilrettelegging av videofilming.

Med på laget var kolleger ved faggruppe for allmennmedisin: Thomas Mildestvedt (TM), Gunnhild Felde (GF) og Anders Bærheim (AB). Vi utviklet sammen pasienthistoriene, AB rekrutterte dramastudenter og instruerte i roller. TM, GF og ØH var leger i videoopptak

Takk også til skuespiller Torhild Jacobsen og dramastudentene Ingelin Mjåseth Hilland og Yiou Wang for deres innsats som «simulerte pasienter»

Takk til Tane Holm Høisæter og Frode Ims ved «DigUiB» for god hjelp med innspillingen og tilrettelegging av videofilmene i etterkant

(Øystein Hetlevik, UiB, Bergen, oktober 2018)

Referanser

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine: CRC press; 2016.
2. Shah S, Andrades M, Basir F, Jaleel A, Azam I, Islam M, et al. Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? A pilot study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;5(1):45-50.
3. Hunskaar S, Brekke M. *Allmennmedisin*: Gyldendal akademisk; 2013.
4. Kaplonyi J, Bowles K-A, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, et al. Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Med Educ*. 2017;51(12):1209-19.
5. Bondevik GT, Smith-Sivertsen T, Baerheim A. [Use of actors to train medical students in communication skills]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006;126(16):2118-21.
6. McLean SF. Case-Based Learning and its Application in Medical and Health-Care Fields: A Review of Worldwide Literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2016;3:JMECD.S20377.
7. Gude T, Finset A, Anvik T, Bærheim A, Fasmer OB, Grimstad H, et al. Do medical students and young physicians assess reliably their self-efficacy regarding communication skills? A prospective study from end of medical school until end of internship. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):107.
8. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ : British Medical Journal*. 2003;326(7389):591-4.