

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

træning i laboratorium og klinik og især behov for egentlige studier af overførselsværdien.

Korrespondance: Berit Eika, Enhed for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 9, DK-8000 Århus C. E-mail: be@medu.au.dk

Antaget: 15. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first published online in: Nielsen DG, Mørcke AM, Wichmann-Hansen G et al. Medical Education Online: Skills training in laboratory and clerkship: connections, similarities and differences. Medical Education Online (serial online) 2003;8:12.

Litteratur

- McManus IC, Richards P, Winder BC et al. The changing clinical experience of British medical students. *Lancet* 1993;341:941-4.
- Remmen R, Derese A, Scherpbier A et al. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills? *Med Educ* 1999;33:600-5.
- Bradley P, Postlethwaite K. Setting up a clinical skills learning facility. *Med Educ* 2003;37(suppl 1):1-6.
- Bradley P, Bligh J. One year's experience with a clinical skills resource centre. *Med Educ* 1999;33:114-20.
- Du Boulay C, Medway C. The clinical skills resource: a review of current practice. *Med Educ* 1999;33:185-91.
- Da Costa PM, Santos J, Maio R et al. The role of a basic surgical skills laboratory as viewed by medical students (6th year). *Med Teacher* 2001;23:176-80.
- Taylor L, Vergidis D, Lovasik A et al. A skills programme for preclinical medical students. *Med Educ* 1992;26:448-53.
- Treadwell I, Grobler S. Students' perceptions on skills training in simulation. *Med Teacher* 2001;23:476-82.
- Moss F, McManus IC. The anxieties of new clinical students. *Med Educ* 1992;26:17-20.
- Haskell RE. *Transfer of learning: cognition and instruction*. London: Academic Press, 2000.
- Patrick J. *Training research and practice*. London: Academic Press, 1992.
- Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Impediments to bed-side teaching. *Med Educ* 1998;32:159-62.

Hvad er et effektivt klinisk ophold?

Forskningsassistent Gitte Wichmann-Hansen & lektor Berit Eika

Aarhus Universitet, Enhed for Medicinsk Uddannelse

Resumé

Der opstilles en række kriterier for »det effektive kliniske ophold« på baggrund af dominerende teoridannelser og relevante empiriske studier. I kriterierne skelnes der mellem før, under og efter et praktikforløb. Denne tredeling er baseret på et velkendt didaktisk princip om planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløb. Før og efter klinikopholdet lægges der vægt på kriterier for hhv. målformulering og evaluering. Under klinikopholdet skelnes der mellem de kriterier, der angår hhv. afdelingens læringsmiljø, lægerne og de studerende. Læringsmiljøet skal primært sikre de studerende stigende adgang til aktiv deltagelse i praksis. Lægernes vejledning skal tage udgangspunkt i de studerendes praksisteori og fremme de studerendes refleksion over handling. De studerende skal agere selvstyrende og ansvarligt i forhold til deres egen læring.

Der stilles efterhånden betydelige krav om kvalitetsudvikling og -sikring inden for de fleste arbejds- og uddannelsesfelter. Dette gælder ikke mindst i sundhedssektoren. I flere publikationer bliver kvaliteten af kliniske ophold på prægraduat niveau også ivrigt diskuteret, især på baggrund af en lang række studier, hvori man peger på, at lægestuderende ikke har tilstrækkelige muligheder for at træne væsentlige færdigheder i forbindelse med deres kliniske ophold. Der er således et stigende behov for at få en samlet oversigt over, hvilken viden vi i dag har om kvalitet i lægeuddannelsespraktik med henblik på at styrke og udvikle de kliniske ophold samt kvalificere nuværende og fremtidige diskussioner om emnet. Formålet med denne artikel er derfor at give et velbegrunder bud på, hvad der kendetegner

effektivt praktik i lægeuddannelsen. Der opstilles en række kriterier for »det effektive kliniske ophold« på baggrund af den viden, som i dag findes i medicinsk-pædagogisk litteratur, og som direkte omhandler kliniske ophold på prægraduat niveau. For at kunne tilvejebringe et mere solidt litteraturgrundlag indtages der også teorier og forskningsområder, der grænser op til emnet, og som vurderes at kunne bidrage med relevant viden. Således hentes viden fra almene pædagogiske studier om læring og vejledning i praktik, ligesom der trækkes på dominerende pædagogiske teoridannelser om voksenalering og professionspraksis. Derudover inddrages empirisk viden fra tilgrænsende forskningsområder som arbejdspladsoplæring og kognitionspsykologiske studier om klinisk ræsonnement.

Kriterier for »Det effektive klinisk ophold«

I **Figur 1** vises en samlet oversigt over kriterierne for »Det effektive klinisk ophold«. Af figuren fremgår det, at der skelnes mellem før, under og efter. Princippet om at opdele et praktikforløb i før, under og efter er baseret på et velkendt didaktisk princip om planlægning, gennemførelse og evaluering af uddannelsesforløb.

Før klinikopholdet

Det første kriterium for et effektivt klinisk ophold er, at der eksisterer overordnede mål for, hvad de studerende skal kunne og vide, når de er færdige med opholdet, og at disse mål er kendt af både studerende og vejledende læger. Kriteriet finder empirisk støtte i nyere publikationer om arbejdspladslæring, hvori det vises, at den faktor, der har størst indflydelse på arbejdspladslæring, er, at læringen ikke er tilfældig, men derimod struktureret, planlagt og målstyret, så læringsaktiviteterne integreres systematisk i arbejdsprocesserne [1].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Næste kriterium underbygges af den bredt anerkendte voksenpædagogiske antagelse om selvstyret læring [2]. I nyere publikationer om arbejdspladslæring opsummeres den seneste forskning på området, og det konkluderes, at de lærendes medansvar for målformulering fremmer kvalificeret læring på arbejdspladsen. Samtidig anbefales det, at målformuleringen skal ske i et tæt samspil med en personlig vejleder.

Det tredje kriterium underbygges af litteraturen om praktik, hvori det ofte anbefales, at universitetet i samarbejde med praktikstederne må sikre, at praktikken løbende relateres til de teoretiske dele af uddannelsen [3]. I den medicinsk-pædagogiske litteratur er man nået til en lignende konklusion, idet man finder, at manglende koordination mellem universitet og praktiksted kan forringe de studerendes læring i klinikken [4].

Under klinikopholdet

I de næste kriterier skelnes der mellem, hvad hhv. afdelingens læringsmiljø, lægerne og de studerende skal stræbe mod, da læring og vejledning stiller forskellige krav til de forskellige parter.

Læringsmiljøet

Det første kriterium handler om, at læringsmiljøet bør kendetegnes ved et kollegialt og støttende miljø frem for et autoritært miljø. Kriteriet finder især støtte i de adskillige studier, hvori det vises, at lægestuderende ved evaluering giver de afdelinger højest score, som er kendetegnet ved et venligt, støttende og imødekommende læringsmiljø [5]. Næste kriterium handler om, at de studerende sikres adgang til et bredt og varieret udsnit af patienttyper og kliniske problemstillinger. Kriteriet hviler på solide empiriske fund fra kognitionspsykologiske studier om medicinsk ekspertise og klinisk ræsonnering. I studierne konkluderes det, at det er helt nødvendigt, at lægestuderende har rig mulighed for at se mange forskellige patienter og kliniske situationer. Desto rigere deres »lager« af kontekstspecifik viden er, desto større mulighed vil de have for at opbygge velorganiserede strukturer af viden i deres hukommelse. En viden, som senere vil kunne fremkaldes hurtigt og effektivt [6].

Det tredje kriterium angår de studerendes muligheder for at lære gennem deltagelse i et praksisfællesskab, hvor arbejdsopgaverne er autentiske, og hvor de studerende tildeles arbejdsopgaver, der er kendetegnet ved øget grad af kompleksitet og krav om autonomi. Kriteriet underbygges af moderne lærings-teorier, hvori man anlægger et såkaldt situeret perspektiv på læring [7]. Ifølge disse teorier sker der en gradvis tilegnelse af viden og kunnen i takt med en gradvis beføjelse til at arbejde med stadig mere komplekse opgaver på arbejdspladsen.

Kriteriet underbygges også af de talrige studier, hvori man konstaterer, at lægestuderende efterspørger bedre mulighed for at lære gennem aktiv deltagelse i kliniske arbejdsopgaver [8]. Muligheden for selvstændigt at arbejde med patienter vurderes af de studerende som værende den mest værdifulde måde at lære på i forhold til at kunne opfylde bestemte læringsmål [9] og i forhold til at kunne udvikle selvtilid [10].

Før klinikopholdet

1. Der eksisterer overordnede mål for klinikken. Disse mål er kendt af både studerende og vejledende læger i klinikken
2. I overensstemmelse med de overordnede mål for klinikken formulerer den enkelte studerende sine egne personlige læringsmål i samarbejde med en vejleder
3. Der er koordination mellem praktiksted og universitetet, således at mål og indhold hænger sammen i hhv. den teoretiske og praktiske del af lægeuddannelsen

Under klinikopholdet

Læringsmiljøet

1. er kendetegnet ved at være støttende og kollegialt. Det betyder eksempelvis, at de studerende introduceres til afdelingen den første dag, så de føler sig velkomne
2. sikrer, at de studerende har adgang til et bredt og varieret udsnit af patienttyper og kliniske problemstillinger
3. giver de studerende mulighed for gradvist at deltage mere aktivt i arbejdsopgaver og med øget autonomi (hvor det vurderes at være forsvareligt)

Lægen

1. afdækker den studerendes forudsætninger og tager udgangspunkt heri
2. demonstrerer (/instruerer i) færdigheder og procedurer
3. »tænker højt«, dvs. forklarer, hvilke overvejelser eller hypoteser der fører til handlingerne
4. giver konkret feedback til den studerende
5. stiller spørgsmål, der fremmer refleksion over de udførte handlinger (dvs. beder den studerende forholde sig til hypoteser over for det, der faktisk skete)
6. stiller spørgsmål, der fremmer, at den studerende kan udtrække de generelle/abstrakte træk i situationen (med henblik på transfer)
7. stiller spørgsmål, der fremmer analyse af forholdet mellem teori (basalbiologisk viden) og praksis (kliniske data)
8. indtager en metaposition i forhold til vejledningssituationen (hvad gik godt i samarbejdet/vejledningen, og hvad kunne være gjort anderledes?)

Den studerende

1. er selvstyrende og ansvarlig i forhold til sin egen læring
2. viser engagement/motivation
3. efterbearbejder arbejdsopgaver ved at overveje, om det gik som forventet (kunne der være gjort andre ting? Hvad kan gøres anderledes næste gang?)
4. beder om feedback på sit arbejde og giver feedback på lægens vejledning

Efter klinikopholdet

1. De studerende evalueres af deres vejleder (Har de studerende nået målene og hvordan?)
2. De studerende evaluerer afdelingen som praktiksted

Figur 1. Det effektive kliniske ophold.

Lægen

Det første kriterium handler om, at lægen og den studerende i fællesskab finder ud af, hvad den studerende allerede kan og ved, hvad den studerende gerne vil blive bedre til, og hvilken grad af støtte lægen skal give. Kriteriet er især forankret i de norske forfattere *Handal & Lawvås'* teori, som vedrører vejledning i relation til praksisoplæring [11]. I teorien præciseres det, at vejledning er et forløb, der består af tre sekvenser:

- førvejledning
- under (gennemførelse af det arbejde, der er førvejledt om)
- eftervejledning.

Forfatterne konkluderer, at førvejledningen er den vigtigste, uanset om det er den studerende eller lægen, der skal udføre den kommende arbejdsopgave. Førvejledningen er kendetegnet ved, at lægen stiller spørgsmål til den studerende. Spørgsmålene skal sikre, at den studerende identificerer problemet i den kommende arbejdsopgave, og at den studerende bliver bevidst om, på hvilket grundlag vedkommende træffer en række beslutninger og gennemfører bestemte handlinger.

I store dele af den internationale uddannelsesforskning er det i øvrigt et solidt fund, at studerende altid indtræder i en læringsituation med mere eller mindre bevidste forestillinger, erfaringer og holdninger til den opgave, der skal arbejdes med, og derfor må vejlederne hjælpe de studerende med at blive mere bevidste om deres egne forudsætninger og erfaringsgrundlag [12].

De næste to kriterier knytter sig til selve gennemførelsen af en arbejdsopgave. Kriterierne handler om, at lægen demonstrerer og tænker højt, mens han/hun arbejder, og at lægen instruerer den studerende i de tilfælde, hvor sidstnævnte udfører arbejdet. I medicinsk-pædagogiske studier anbefaler man, at vejledende læger beskriver og forklarer det, de demonstrerer, for studerende. I studierne anbefaler man også, at lægerne hjælper de studerende med at tolke, fokusere og prioritere mængden og arten af de sanseindtryk, de får [13]. Desuden har man i en lang række internationale teoridannelser siden starten af 1980'erne under overskriften »refleksion« understreget vigtigheden af, at konkrete erfaringer kvalificeres gennem refleksion over erfaringerne [14].

Fjerde kriterium drejer sig om, at lægen giver feedback til den studerende. Feedback kan både gives under arbejdsudførelsen, og efter at arbejdet er udført. Det vigtigste er, at der gives feedback til den studerende. Feedback er en både anerkendt og veldokumenteret metode til at fremme selvstyret læring hos studerende, idet feedback kan hjælpe studerende med at genkende egne styrker og svagheder og vurdere deres nuværende niveau og læringsbehov. I litteraturen om feedback finder man gentagne anbefalinger om, at feedback skal være konkret og specifik [15].

Det femte kriterium anbefaler, at vejlederen efter arbejdsudførelsen stiller spørgsmål, der fremmer refleksion over de udførte handlinger, dvs., at lægen beder den studerende om at sammenholde de indledende hypoteser med det, der faktisk skete. Kriteriet er igen forankret i *Lawvås & Handals* teori [11], men også i en lang række læringsteorier, hvori man arbejder med erfaringsbaseret læring og refleksion. Blandt andet *Derwey* [16], *Kolb* [17] og *Schön* [14] kan nævnes. Teoretikerne er alle enige om, at erfaringer bearbejdes og systematiseres gennem refleksion over de iagttagelser, man gør sig, de handlinger, man udfører, og de hypoteser, man arbejder med undervejs.

Det sjette kriterium handler om, at lægen skal stille spørgsmål, der fremmer, at den studerende kan uddrage de generelle/abstrakte træk ved den arbejdsopgave, der blev gennemført. Kriteriet er specielt funderet i kognitionspsykologiske

studier om *transfer*, dvs. etablering af erfaringer og viden, som kan overføres til og er holdbar i andre situationer end den, hvor erfaringerne gøres. For at fremme *transfer* anbefaler man i studierne, at lægestuderende ikke alene eksponeres for mange forskellige kliniske situationer og problemer [18], men også trænes i at lave abstraktioner, dvs. at genkende og søge efter fællestræk ved disse problemer, så de med tiden opbygger en begrebsmæssig forståelse og en slags indeksering af problemerne (*problem presentation*) [19]. Lægestuderende bliver bedre til at diagnosticere, hvis de lærer at opsummere deres fund i få nøglesætninger, som repræsenterer relevante karakteristika ved den pågældende patientcase [20].

Det syvende kriterium handler om at fremme de studerendes refleksion over forholdet mellem teori og praksis. I medicinsk-pædagogiske studier omkring *transfer* konstaterer man, at det ikke kun er vanskeligt at overføre klinisk erfaringsbaseret viden fra en kontekst til en anden, men også at basalbiologisk viden, som er lært i en uddannelsessammenhæng, er vanskelig at anvende i kliniske problemløsningssituationer [21]. Læger bør derfor vejlede ved at bruge en udforskende spørgeteknik, hvor de opfordrer de studerende til at forklare og begrunde sammenhænge mellem teori og praksis.

Det ottende og sidste kriterium drejer sig også om refleksion, men denne gang forstået som refleksion over den vejledning, der er givet. Det betyder, at lægen indtager en metaposition i forhold til vejledningssituationen ved i samarbejde med den studerende at overveje, hvad der fungerede godt i vejledningen, og hvad vejlederen kan gøre anderledes næste gang. Kriteriet er baseret både på almene studier om lærerudvikling, hvori det angives, at kompetente lærere reflekterer over deres egen effektivitet som undervisere [22], og på medicinsk-pædagogiske studier, hvori det angives, at særlig dygtige vejledende læger i klinikken forholder sig kritisk til egen undervisning og efterspørger feedback fra de studerende [23].

Den studerende

Det første kriterium vedrører de studerendes selvstyret læring. Begrebet selvstyret læring er veletableret i førende voksenpædagogiske læringsteorier. Ifølge *Knowles'* definition af begrebet hviler selvstyring på evnen til at lære af egne erfaringer, hvilket stiller betydelige krav til de studerendes såkaldte metakognition, dvs. evnen til at forudsige egne præstationer og evnen til at monitorere sin nuværende viden og kunnen [24].

Det andet kriterium vedrører de studerendes engagement og motivation. I nyere empiriske studier om arbejdspladslæring har man vist, at faglig selvtilid fremmer læring og dermed øger den enkeltes præstation på arbejdspladsen, hvilket yderligere »belønnes« af arbejdspladsen med nye og udfordrende arbejdsopgaver, som virker motiverende for den lærende person [25]. Oversat til studerende i klinikken kan det betyde, at studerende, der aktivt beder om, eller som tager sig tid til at deltage i opgaver og aktiviteter, får adgang til at del-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

tage i flere situationer end andre studerende, og dermed får de mulighed for at øge deres faglige selvtilid, hvilket fører til en bedre præstation i arbejdsopgaverne.

Det tredje kriterium siger, at den studerende efter udførelsen af en arbejdsopgave bearbejder de erfaringer, som han eller hun har gjort sig. Den studerende kan ikke blot forvente, at erfarne læger tilrettelægger læringen for ham eller hende. Derimod må den studerende tage initiativ til at formulere sine overvejelser over for lægerne og bevidst forsøge at forholde sig til, hvad der gik godt, og hvad der kan gøres anderledes næste gang [11].

Det sidste kriterium handler om, at den studerende efterspørger feedback på sin præstation, og derudover selv giver lægen feedback på hans/hendes vejledning. Ifølge teorien om selvstyret læring kan studerende ikke blot forventes at tage ansvar for egen læring, men kan også forventes at agere som medansvarlig for den vejledning, der foregår [24].

Efter klinikopholdet

De to sidste kriterier vedrører evaluering forstået som henholdsvis målopfyldelsesevaluering og brugerorienteret evaluering. I det første tilfælde er det den lægestuderende, der evalueres. I det sidste tilfælde er det organisationen eller vejlederne, der evalueres.

Der er ikke tradition for at evaluere lægestuderende i danske klinikophold på prægraduat niveau. Man har taget det for givet, at den studerende ved sit blotte samvær med erfarne læger ville tilegne sig fagets viden, kunnen og holdninger. International forskning peger imidlertid på, at evaluering (*assessment*) har en stærkt styrende effekt på kvaliteten af læring [26]. Der er derfor behov for, at mål ekspliciteres i en sådan grad, at de bliver retningsgivende for de lægestuderende, og at der under og efter et gennemført klinikophold sker en fælles overvejelse mellem vejleder og studerende af, i hvilken grad målene er opnået.

Det sidste kriterium handler om, at de studerende evaluerer klinikstederne. Af universitetslovens § 16, stk. 6.1 [27] fremgår det, at Studienævnet har til opgave »at kvalitets sikre og kvalitetsudvikle uddannelse og undervisning og påse opfølgning af uddannelses- og undervisningsevalueringer.« Selve udformningen af evalueringer tages der imidlertid ikke stilling til i universitetsloven. På den baggrund er det vanskeligt at opstille et entydigt kriterium for evaluering, men der kan henvises til, at Danmarks Evalueringsinstitut lægger op til en lokal diskussion af både formål med og afvikling af evalueringer i deres pjece til danske uddannelsesinstitutioner [28].

Ideelt og reelt

Listen af kriterier i Figur 1 blev udformet som en række idealkriterier, dvs. som en række kendetegn ved et eksemplarisk og forbilledligt klinikophold. Det kan derfor ikke forventes, at der vil være fuld overensstemmelse mellem det ideelle billede af klinikken, som blev tegnet i denne artikel, og den reelle kli-

nik, som fungerer i virkelighedens verden, og som er underlagt en lang række opportunistiske vilkår som bl.a. tidspres, produktionshensyn og tilgængeligt patientmateriale. Af samme grund kan listen af kriterier ikke forventes at fungere som en tjekliste, men nærmere som en inspirationsliste til universiteterne, de vejledende læger, de studerende og andre, som kunne have interesse i at styrke og udvikle den nuværende uddannelsespraksis i klinikken.

Korrespondance: *Gitte Wichmann-Hansen*, Enhed for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 9, DK-8000 Århus.
E-mail: gwh@medu.au.dk

Antaget: 15. april 2004

Interessekonflikter: Ingen anført

Litteratur

1. Billet S. Understanding workplace learning: cognitive and sociocultural perspectives. I: Boud D, ed. Current issues and new agendas in workplace learning. Leabrook, South Australia: National Centre for Vocational Educational Research, 1998.
2. Wahlgren B, Høyrup S, Pedersen K et al. Refleksion og læring. Kompetenceudvikling i arbejdslivet. København: Samfundslitteratur, 2002.
3. Praktik i videregående uddannelser: Evalueringsmetode. København: Evalueringscentret, 1994:35.
4. Rotem A, Bloomfield L, Southon G. The clinical learning environment. *Isr J Med Sci* 1996;32:705-10.
5. Rotem A, Godwin P, Du J. Learning in hospital settings. *Teach Learn Med* 1995;7:211-7.
6. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen PA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990;65:611-21.
7. Lave J, Wenger E. Situated learning. Legitimate peripheral participation. Cambridge: University Press, 1991.
8. Remmen R, Denekens J, Scherpbier A et al. An evaluation study of the didactic quality of clerkships. *Med Educ* 2000;34:460-4.
9. Lawrence SL, Lindemann JC, Gottlieb M. What students value: learning outcomes in a required third year ambulatory primary care clerkship. *Acad Med* 1999;74:715-7.
10. Fincher RE, Lewis LA. Learning, experience, and self-assessment of competence of third-year medical students in performing bedside procedures. *Acad Med* 1994;69:291-5.
11. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkestheori. Oslo: Cappellan, 1990.
12. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR. How people learn. Brain, mind, experience, and school. Expanded edition. National Research Council. Washington DC: National Academy Press, 2000.
13. Cox K. Teaching and learning clinical perception. *Med Educ* 1996;30:90-6.
14. Schön DA. The reflective practitioner. New York: Basic Books, 1983.
15. Westberg J, Jason H. Fostering reflection and providing feedback. New York: Springer Series on Medical Education 2001:64, 66.
16. Dewey J. How we think: a restatement of the relation of reflective thinking to the educative process. Boston: Heath, 1933.
17. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1984.
18. Determan DK. The case for the prosecution: transfer as an epiphenomenon. I: Determan DK, Sternberg RJ, eds. Transfer on trial: intelligence, cognition, and instruction. Norwood: Ablex Publishing Corporation: 1-25:21.
19. Singley K, Anderson JR. The transfer of cognitive skill. Cambridge: Harvard University Press, 1989.
20. Bordage G. Why did I miss the diagnosis? some cognitive explanations and educational implications. *Acad Med* 1999;74 (suppl 10):138-43.
21. Balla JL, Biggs JB, Gibson M et al. The application of basic science concepts to clinical problem solving. *Med Educ* 1990;24:137-47.
22. Calderhead J, ed. Exploring teachers' thinking. London: Cassell, 1987.
23. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Med Educ* 1993;27:62-8.
24. Knowles MS. Self-directed learning. New York: Association Press, 1975.
25. Straka GA. Self-directed learning in the world of work. *Eur J Voc Training* 1997;12:83-7.
26. Crossley J, Humphris G, Jolly B. Assessing health professionals. *Med Educ* 2002;36:800-4.
27. Lov nr. 403 af 28. maj 2003 om universiteter m.fl. (Universitetslov).
28. Undervisningsevalueringer. København: Danmarks Evalueringsinstitut, 2003.