

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

mygelse gennemgående. Ydmygelse som en metode til at opdrage og »hærde« de kommende læger [11]. Det rejser spørgsmålet, om denne oplevelse af at være ligegyldig, som den studerende giver udtryk for, er en mindre direkte form for ydmygelse? En del af et skjult curriculum, en ikkebevidst opdragelse af de studerende til et moderne hospitalsvæsen, hvor netop oplevelse af ensomhed er et gentaget tema hos de yngre læger [12].

I førortale finske studie konkluderer forfatterne, at kontakten med patienterne er et meget vigtigt udgangspunkt for de studerendes udvikling af en professionel identitet. Mere vigtigt end hidtidig forskning har vist. De studerendes refleksioner havde oftest som udgangspunkt deres forhold og kontakt med patienterne. Det er i forholdet til patienterne, at de træder i karakter som læger.

Dette engagement i egen udvikling er vigtigt at stimulere og fastholde. Men motivation og engagement er faktorer, der kan fremmes og udvikles og kan tilsvarende hæmmes og ødelægges. Og vi kan umiddelbart drage den lære, at det er overordentlig vigtigt, at de tidlige klinikophold bliver struktureret således, at de unge bliver inddraget i arbejdsfællesskabet på afdelingen, at de får opgaver, de skal løse i det daglige, og dermed motiveres til at blive en ansvarlig del af det professionelle fællesskab. Det er vigtigt at vide, at de unge lærer mere end de praktiske færdigheder; de starter en dannelsesproces.

Summary

Ingeborg Ulla Netterstrøm:

Medical students' clinical stay.

Ugeskr Læger 2003;165:3403-5.

In this article, central theories of learning in practice are discussed in relation to medical education, especially the first

clinical stay. In the light of a project in the ward, the article attempts to demonstrate the importance of this stay, which is vital to students' development of a professional identity. In the theories of learning in practice, it is stressed that learning and development of a professional identity are inextricably linked. The article discusses what impact clinical stays have on students. It is stressed that it is necessary to create a structure for ward-based learning that will incorporate students into the daily working routine.

Reprints: *Ingeborg Ulla Netterstrøm*, PUCS, Pædagogisk Udviklingscenter Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Teilum, Afsnit 5404, Blegdamsvej 9, DK-2100 København Ø.

Antaget den 11. august 2003
Københavns Universitet, PUCS, Pædagogisk Udviklingscenter Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Litteratur

1. Illeris K, Andersen V, Kjærsgaard C et al. Almenkvalificering. Roskilde Universitetscenter, 1995.
2. Aristoteles. Etik. Oslo: Gyldendals Norsk Forlag, 1999.
3. Lave J, Wenger E. Situated learning – legitimate peripheral participation. New York: Cambridge University Press, 1991.
4. Schön DA. The reflective practitioner. New York: Basic Books, 1983.
5. Schön DA. Educating the reflective practitioner – toward a new design for teaching and learning in the professions. London: Jessey Bass, 1987.
6. Akre V, Ludvigsen SR. At lære medicinsk praksis. I: Nielsen K, Kvale S. Mesterlære, læring som social praksis. København: Hans Reitzels Forlag, 1999.
7. Cribb A, Bignold S. Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research. *Studies in Higher Education* 1999;24:195-211.
8. Sinclair S. Making doctors. Berg: Oxford: Berg 1997.
9. Becker HS, Blanche G, Hughes EC et al. Boys in white. London: Transaction Publishers, 1961.
10. Netterstrøm I, Gjersøe P, Aspegren K. Student på klinisk ophold. *Ugeskr Læger* 2003;165:3405-9.
11. Pitkala KH, Mantyranta T. Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physicians' role – a qualitative study. *Medical Teacher* 2003;25:155-60.
12. Bayer M, Henriksen AH, Larsten K, Ringsted C. Turnuslægers praksislæring. København: H:S PMI, 2002.

Student på klinisk ophold

Cand.mag. Ingeborg Ulla Netterstrøm, Peter Gjersøe & Knut Aspegren

Resumé

Introduktion: Formålet med studiet var at analysere læringsmiljøet for medicinstuderende på en medicinsk afdeling og på baggrund af denne analyse at udarbejde forslag til, hvorledes de studerendes kliniske ophold kunne optimeres. Disse forslag blev iværksat i praksis, og effekten blev evalueret.

Materiale og metoder: Det er et kvalitativt studie. Via observationer og interview med studenter og personale blev afdelingens læringsmiljø afdækket, derefter blev evaluering af det iværksatte

projekt foretaget gennem en spørgeskemaundersøgelse på afdelingen og gennem interview med aktørerne i projektet.

Resultater: Undersøgelsens resultater vedrørende analyse og forbedring af de studerendes ophold kan opsummeres som følger: De studerendes placering kan kort karakteriseres som observatører frem for medspillere på afdelingen. Praktikopholdene er i fare for at udvikle sig til »folkeskolepraktik«, hvis primære formål er, at de medicinstuderende snuser til en profession. Det har konsekvenser for de studerendes erhvervelse af konkrete faglige kvalifikationer,

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

men også for erhvervelsen af personlige kvalifikationer, der er væsentlige, bl.a. selvstændighed, evnen til at træffe beslutninger og evnen til at arbejde under pres.

Diskussion: Undersøgelsen viser, at såvel læger som studerende er enige om målet for de studerendes praktikophold: at inddrage de studerende i arbejdsfællesskabet for dermed at skabe den bedste læring. Undersøgelsen konkluderer, at det er vanskeligt at ændre etablerede rutiner trods velvilje fra alle parter og rejser derfor spørgsmålet om, hvorledes nye rutiner kan indarbejdes i den medicinske uddannelseskultur.

De kliniske ophold har – i modsætning til praktikophold ved andre professionsuddannelser (lærere, pædagoger og sygeplejersker) – en meget løs struktur vedrørende mål, arbejdsopgaver og evaluering af de studerendes kompetencer. Den underliggende tanke bag oplæringen under de kliniske ophold er, at læringen sker af sig selv gennem de studerendes placering i virkelighedens verden, blot de studerende er åbne og parate. Deres rolle og placering på afdelingen er i konsekvens heraf ofte uklare. Det er nødvendigt at gøre op med denne præmis, da de studerende simpelthen ikke lærer, det de skal [1]. Laboratorium for Kliniske Færdigheder (LKF)'s pædagogiske enhed (LKF hedder i dag Pædagogisk Udviklingscenter, Sundhedsvidenskab (PUCS)), iværksatte derfor i samarbejde med en medicinsk afdeling i H:S en undersøgelse med følgende formål: 1) at analysere læringsmiljøet for medicinstuderende på en medicinsk afdeling, 2) på baggrund heraf at udarbejde et konkret forslag til hvorledes afdelingen kan skabe et bedre læringsmiljø og afprøve forslagene i praksis og 3) evaluere effekten.

Materiale og metoder

Undersøgelsen tager sit teoretiske udgangspunkt i forskning vedrørende læreprocesser i praksis. *Jean Lave* [2] har undersøgt mesterlæreprincipper. Disse teorier har dannet baggrund for en lang række undersøgelser af læring i arbejdsfællesskabet også vedrørende læger [3]. Hendes udgangspunkt for at analysere »god læring i praksis« er fællesskabet og novicens tilknytning til og rolle i samme fællesskab. Dette teoretiske fokus retter primært blikket mod de rammer, der er sat for læringen, og er en analyse af, hvordan organisationen eller arbejdsfællesskabet åbner sig og inddrager novicen.

Undersøgelsen fandt sted på en intern medicinsk afdeling i H:S i perioden fra februar 2001 til februar 2002. Afdelingen havde to eller tre medicinstuderende ad gangen på syvende eller ottende semester i fem ugers klinisk ophold.

Gennem de fem uger, opholdet varede, fulgte en observatør de medicinstuderende i syv dage, i alt tre studerende jævnt fordelt over perioden, og en læge fra afdelingen varetog information om projektet og besvarede tvivlsspørgsmål. Observationerne blev foretaget set fra de studerendes synsvinkel og med henblik på at afdække de studerendes tilknytning til og status på afdelingen, og i hvilke situationer de lærte.

Supplerende gennemførtes der interview med de studerende med fokus rettet mod deres baggrund, forventninger til sig selv og til afdelingen (tre individuelle interview). Endelig blev lægelige nøglepersoner interviewet, hvor fokus var rettet mod, hvilke mål man havde for studenternes oplæring, og hvordan man søgte at virkeliggøre dem (tre individuelle interview). En af undersøgerne varetog samtlige interview, analyse og afrapportering. Rapporten blev efterfølgende sendt ud til høring og diskussion på afdelingen, og det gav anledning til en enkelt kritisk kommentar, der medførte en tilføjelse til rapporten.

På baggrund af rapporten blev der udarbejdet en kontraktformular vedrørende tilstedeværelse og en operationel, trinvis plan for de fem ugers kliniske ophold. De medicinstuderende udfyldte kontrakten, og derudover indførte man en logbog.

I et femugersskema (**Fig. 1**) blev det beskrevet, hvordan de studerende gradvist skulle inddrages og tildeles en stigende grad af ansvar. Den største forandring var, at de studerende skulle gå stuegang til udvalgte patienter under den nødvendige supervision. Desuden blev der i femugersplanen lagt op til, at de studerende skulle træne kommunikation med patienterne. Der var to hold studenter, der blev undervist efter planen.

Observatøren var til stede på afdelingen to gange undervejs i projektet. Der blev uddelt et evalueringsskema til afdelingens læger (antal 25), svarprocenten var på 50. Der blev efterfølgende foretaget fokusgruppeinterview med de to hold studerende og de tre læger, der var involveret, for at evaluere effekten af projektet.

Resultater

Observation og analyse af læringsmiljøet

Vi observerede, hvad de studerende rent praktisk foretog sig: de var med til morgenkonference, de gik med på stuegang, de så på gastrokopier og lignende, de gik med på røntgenkonference, de gik med forvagten, de skrev journal til klinikundervisning, de skrev en indlæggelsesjournal (enkelte gange), de lagde venflon, og de udførte lungefunktionsanalyser.

I langt den største del af disse aktiviteter var de studerende tilskuere. De så på og fulgte med, så på og lyttede. Den mest aktive del af deres ophold var, når de lagde et venflon eller lignende praktiske procedurer. Der sker hermed primært en indføring af den medicinstuderende i den medicinske kultur. Lægerne på afdelingen fungerer som rollemodeller, hvor de studerende iagttager dem og deres forskellige måder at forvalte lægerollen på. Men at der er begrænsninger i denne måde at oplære de studerende på, kan illustreres med en kort beskrivelse af et stuegangsforløb.

I starten er lægen opmærksom på studenten og inddrager ham gennem spørgsmål og forklaringer, men langsomt tager arbejdet og produktionens krav over. Den studerende kan iagttage en læge, der arbejder støt og koncentreret i samarbejde med sygeplejersken. Lægen tager en række beslutnin-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ger, hvor studenten er uvidende om baggrund, årsag og hensigt. Den studerende bliver hægtet af.

De studerende møder op i deres første praktikophold med forventninger og entusiasme. De ønsker at virke som læger og at bidrage til arbejdsfællesskabet. Entusiasme afløses af skuffelse, som ikke fremmer læring og optagelse i den medicinske kultur. De studerende begyndte at »pjække«, de ville hellere bruge tiden på den forestående eksamen.

Paradoksalt er der overensstemmelse mellem afdelingens

ønsker vedrørende de studerende og de studerendes forventninger. I samtaler med lægerne på afdelingen udtrykte de en stor bevidsthed om deres rolle som opdrager af den kommende generation. Ved siden af det selvfølgelig i at de studerende skulle lære de håndgreb, der nu skulle læres, understregede lægerne en opdragelsesfunktion: vigtigheden af at indføre de studerende i, hvad det vil sige at være en god læge: »De skal opnå en sikkerhed i de ting, de skal kunne på deres niveau, og lære at tage sig af patienter, en sikkerhed i at hånd-

Uge	Praktisk	Journalsskrivning	Stuegang	Vagt	Patientkommunikation
1	Udfyld en individuel kontrakt og lav med de andre stud.med.-er på afdelingen en samlet plan for jeres tilstedeværelse og fravær (hvor og hvornår) Du skal kende afdelingens rutiner, så du kan være de relevante steder præcis på de rigtige tidspunkter. Få vagtskema og telefonliste. Lær at bruge telefonsystemet, diktafon og diktattekniik.	Skriv journal på klinikpatient.	Læg mærke til hvilket afsnit du er blevet tilknyttet (B1/B2) og lær personalet at kende, præsenter dig ofte. Læg mærke til hvilke af lægerne der er tilknyttet dit afsnit. Gå med på stuegang.		Dette kliniske kursus er en god chance for at få afprøvet tillært teori om kommunikation med patienter. Da I færdes flere studenter på samme afdeling, skal I bruge hinanden som supervisor under patientsamtaler, ved at en af jer på skift observerer patientsamtalen og bagefter giver feedback til den anden.
2	Du skal være godt i gang med at udfylde logbogen. Kontakt den kliniske lektor, hvis der er problemer hermed.	Du skal kunne skrive en journal, hvor du beskriver patienten med anamnese og ved objektiv undersøgelse (niveau 1)	Udvælg en eller flere patienter fra stuegang, hvor du vil følge forløbet så nøje, at du ved lægekonsferencen kan redegøre for patientens problemer og plan for indlæggelsen. Aftal ovennævnte med afsnittets lægechef eller stedfortræder.	Gå med på en vagt, og skriv journal på en akut indlagt patient, udvalgt af og derefter superviseret af vagthavende læge. Forbered en kort fremlæggelse af patienten til morgenkonferencen. Følg med i patienterne, som tilknyttes dit afsnit resten af deres indlæggelsestid.	Tal selv med dine patienter, præsenter dig og forklar formålet med at du er på afdelingen. Følg op på »dine patienter« ved at læse læge- og sygeplejejournalen, hvis du har været væk: Hvad er der sket i mellemtiden?
3	Opsamling: Lykkedes ovennævnte plan for uge 1 + 2? Hvis nej, kontakt den kliniske lektor og foretag efter samråd med denne justeringer for resten af opholdet på afdelingen.	Du skal kunne skrive en journal, hvor du beskriver patienten med anamnese og ved objektiv undersøgelse (niveau 1) og supplerer med diagnoseforslag (niveau 2-3).	Du skal kunne tage ansvar for stuegang for en udvalgt patient og beskrive en problemliste for patienten i samråd med en lægesupervisor (niveau 1-3).	Gå med på en vagt, og skriv journal på flere akut indlagte patienter, udvalgt af og derefter superviseret af vagthavende læge. Forbered en kort fremlæggelse til morgenkonferencen. Følg med i patienterne, som tilknyttes dit afsnit resten af deres indlæggelsestid.	Træn dine samtaleevner og tal dagligt med dine patienter ud over ved stuegang og gerne i enerum. Opsøg og overvær lægesamtaler af alvorlig eller længerevarende karakter f.eks. med kræftsyge.
4	Check at logbogen er næsten udfyldt. Hvis ikke: kontakt den kliniske lektor og juster.	Du skal kunne skrive en journal, hvor du beskriver patienten med anamnese og ved objektiv undersøgelse (niveau 1), supplerer med diagnoseforslag (niveau 2-3) og foreslår en plan for udredning og behandling	Du skal kunne tage ansvar for stuegang for en udvalgt patient, beskrive en problemliste for patienten og foreslå løsninger (niveau 4-5) i samråd med en lægesupervisor.	Gå med på en vagt, og skriv journal på flere akut indlagte patienter, udvalgt af og derefter superviseret af vagthavende læge. Forbered en kort fremlæggelse til morgenkonferencen. Følg med i patienterne, som tilknyttes dit afsnit resten af deres indlæggelsestid.	
5	Opsamling. Sørg for at få set de ting du mangler if. logbogen eller på anden måde.		Du skal kunne tage ansvar for stuegang på 1-2 udvalgte patienter, skrive en problemliste for patienten og foreslå løsninger (niveau 4-5) i samråd med en lægesupervisor.	Gå med på en vagt, og skriv journal på flere akut indlagte patienter, udvalgt af og derefter superviseret af vagthavende læge. Forbered en kort fremlæggelse til morgenkonferencen. Følg med i patienterne, som tilknyttes dit afsnit resten af deres indlæggelsestid.	Fremlæg for de andre læger og studerende, på 10 min, hvad du har lært på afdelingen de sidste fem uger. Nævn om du har lært noget om det at være læge, det at håndtere patienter eller andet. Tag udgangspunkt i de patienter du har mødt. Hvad var det for nogen patient- og mennesketyper?

Fig. 1. Femugersplanen, 7.-8. semester-medicinstuderende.

tere patienter (...) tage rollen som læge på sig«. Lægerne ønskede, at de studerende tog mere fat og var mere aktive og synlige på afdelingen. Det stemmer overens med de studerendes ønsker. Deres forventninger var diffuse, men de ønskede at være med, at blive inddraget, at gøre noget, der var rigtigt lægearbejde, f.eks. at skrive en rigtig journal og at lære at være læge ved at bidrage til arbejdsfællesskabet på det niveau, de nu befinder sig.

På den baggrund konkluderede vi, at det var nødvendigt med en ændring af de studerendes position på afdelingen. Det var vigtigt at skabe rammer, der sikrede, at de tog del i afdelingens arbejde. De studerende blev defineret som personer, der står uden for arbejdet, som personer, der skal lære. Men deri ligger der en modsigelse, selve grundtanken i mesterlære og læring i praksis er, at gennem deltagelse i arbejdet – på det niveau man nu befinder sig – lærer novicen, den uerfarne. Det var det væsentligste element i en forbedring af de medicinstuderendes oplæring snarere end vejledningskurser for afdelingens læger eller andre kursustiltag.

Implementering af femugersplanen

Overordnet set lykkedes det ikke at få implementeret femugersplanen, således at papiret fik status af »lov«. Femugersplanen fik snarere status af vejledning eller hensigtserklæring. Hverdagens rutiner tog over. Trods dette gav »planen« følgende sideeffekter: 1) De studerende gav i det efterfølgende fokusinterview udtryk for, at de følte sig sat i fokus, og at de kunne se, hvad de kunne forvente, og hvad der blev forventet af dem. 2) I evalueringsskemaet udtrykte flere, at de studerende var mere engagerede og motiverede. De studerende blev mere synlige på afdelingen.

Måske var de studerende mere opsøgende som resultat af, at de følte sig sat i fokus, og det gav tillid i forhold til at kontakte lægerne. Et af elementerne i femugersplanen satte fokus på patientkommunikation, men det blev stort set ikke fulgt. De studerende overværede mange samtaler. Men den fælles supervision og dermed refleksion over samtalen som klinisk redskab blev slet ikke opnået. De studerende udtrykte, at de ikke prioriterede det højt, og der var ingen elementer i planen, der lagde op til en formaliseret evaluering eller opfølgning, hvilket vi tolker som en af årsagerne til, at de studerende ikke tog det alvorligt. Og måske afspejler de studerendes prioritering, at arbejdet med samtalen og kontakten med patienten som en klinisk færdighed er et nyt element i medicinuddannelsen.

Et andet element i femugersplanen var mere ansvar for patienterne ved stuegang. De studerende fik sporadisk tildelt ansvar for en patient, det blev ikke en del af rutinen. Ligeledes gjaldt det fremlæggelse på morgenkonferencen. Nogle af de studerende havde fremlagt en patients situation, andre havde ikke. De studerende var meget positive over for at få tildelt ansvar for en patient, men udtrykte også skuffelse, hvis de fik tildelt ansvar for en patient, hvis primære sigte med opholdet på

hospitalet var at restituere sig. »De tog ligesom dem, de ikke selv havde brug for at se hver dag, dem som de godt vidste, hvad der kommer til at ske de næste fire dage. Dem kan vi godt læsse af på de studerende«. Lægerne på den anden side var meget forsigtige med at overdrage ansvar, og de angav, at den primære årsag er det produktionspres, der hænger over dem og de strukturer, der er sat for deres arbejde og undervisning af de studerende.

Vedrørende brug af kontrakt og logbog: Her er det markant, at evalueringen vedrørende disse tiltag var meget forskellige fra læge- og studentside. De studerende udtrykte mishag ved kontraktens afkrydsningsordning for tilstedeværelse, de så den som en formalitet, der var udtryk for mistillid. Logbogen, mente de, var god som oversigt over, hvad man skulle kunne, og igen understregede de, at det var rart. Derudover syntes de, at det var udtryk for en formaliseret tænkning vedrørende uddannelse. De studerendes ønske om at blive tildelet ansvar og blive taget alvorligt gav sig udtryk i et ønske om ikke at blive behandlet som uopmærksomme elever. Derudover led projektet under, at der var skemalagt undervisning på universitetet i ugens løb, således at det var svært at skabe et forløb.

Diskussion

Følgende konklusioner er baseret på et kvalitativt studie på en afdeling. Vi har ønsket at få ideer til, hvilke ændringer der kan give de studerende et større udbytte af de kliniske ophold. Præmissen for undersøgelsen er, at den medicinske uddannelseskultur i Danmark er stabil og ensartet, og at den måde, som de studerende blev undervist og oplært på den pågældende afdeling, ikke afveg væsentligt herfra.

I en kvalitativ undersøgelse er problemet omkring undersøgerbias stærkt knyttet til det forhold, at observatøren er en del af den virkelighed, som vedkommende observerer. For eksempel vil den blotte tilstedeværelse af en fremmed påvirke det observerede. Man kan tænke sig, at man på afdelingen gør sig mere umage, fordi man bliver observeret. I nærværende tilfælde burde dette have trukket resultatet i en mere positiv retning og synes derfor ikke at anfægte undersøgelsens konklusioner om behov for forbedring af de kliniske ophold. Undersøgerens forforståelser i forhold til det observerede indvirker også på analysen og fortolkningen af de kvalitative data. Det gælder både for det teoretiske udgangspunkt og for observatørens forforståelser af mere personlig karakter – sympatier og antipatier. Derfor er det i fortolkningen af de indsamlede data, at undersøgelsen står sin prøve, både i forhold til forskersamfundet og i forhold til det udforskede felt. Giver fortolkninger af den observerede virkelighed mening for de aktører, der er i feltet? Udvider det deres forståelse af den virkelighed, de er en del af? Analysen af læringsmiljøet blev forelagt afdelingen, hvor man ikke havde væsentlige indvendinger, og vi må derfor antage, at beskrivelsen er adækvat.

Vi konkluderede, at det var nødvendigt med en ændring af

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

de studerendes placering på afdelingen. Men de forandringer, vi iværksatte, kunne ikke bære ud over forsøgsperioden, og det spørgsmål, der rejser sig, er, hvorfor tager hverdagens rutiner så hurtigt over? Er der særlige forhold på denne afdeling, der spiller ind? Eller er det et særkende ved den medicinske kultur, at det er svært at ændre etablerede rutiner? Det har undersøgelsen ikke data til at svare på, vi kan blot rejse en diskussion.

Der var stor enighed blandt de studerende og afdelingens læger om de overordnede hensigter vedrørende de studerendes inddragelse i arbejdet, men der var en stor diskrepans mellem de studerendes forventninger og forestillingerne på afdelingen om, hvad de studerende kunne magte. Hvor meget ansvar kan vi give de studerende? Det spørgsmål kan kun besvares ved at se på, hvad vi forventer af den unge turnuslæge. Det er den funktion, klinikopholdene skal uddanne dem til. At fungere som turnuslæge kræver viden af forskellig karakter: praktisk viden, teoretisk viden, men også etisk og personlig viden [4], der drejer sig om at »kunne tage rolle som læge på sig«, som en af afdelingens læger udtrykte det. Her tænker vi på de såkaldt personlige kvalifikationer [5], såsom selvstændighed, evne til at træffe beslutninger, at kunne håndtere stress og at kunne samarbejde. Det er vigtige kvalifikationer, som ikke kan læres i et klasselokale eller ved at se en læge træffe beslutninger. Det er noget, man lærer ved at agere og virke i praksis. Opøvelsen af disse kvalifikationer er der ikke meget fokus på i lægeuddannelsen, og det er et stort paradoks. Begrebet praksisshok er et udtryk, som ofte bruges om de unges lægers oplevelse af at komme ud i klinikken. At starte sit arbejde i en situation, der er forbundet med angst og usikkerhed, kan have uheldige konsekvenser for den videre optagelse i den medicinske kultur. Hvis vi forventer, at de unge læger skal kunne tage ansvaret som læge på sig, så må vi uddanne og forberede dem til det. Derfor er det vigtigt, at de studerende bliver deltagere i arbejdsfællesskabet, og den hovedkonklusion, vi har draget vedrørende sikring af dette, er, at det er bydende nødvendigt med en meget klar struktur for de studerendes deltagelse i det daglige kliniske arbejde. Der er stor udskiftning af personale, og derfor skal der etableres rutiner og strukturer, der ikke er personafhængige.

Summary

Ingeborg Ulla Netterstrøm, Peter Gjersøe & Knut Aspegren:

Learning clinical skills.

Ugeskr Læger 2003;165:3405-9.

Introduktion: The purpose of this study was to analyse the learning environment of medical students in a medical ward and on the basis of this study to make specific suggestions as to how the students' clinical stay in a ward can be optimized. These suggestions were implemented and the effect evaluated.

Material and methods: This is a qualitative study. Through observations and interviews with students and staff

in the ward the learning environment was analysed. After that an evaluation of the implemented project was carried out in a questionnaire to the ward and in interviews with the persons involved in the project.

Results: The result of the study concerning analysis and improvement of the students' stay can briefly be summarized as follows: The students' position in the unit can be characterized as that of an observer rather than as an active working participant in the ward. With this there is a risk that the medical student's trainee stay in a ward will turn into a »work-experience placement«, the primary purpose of which will be for the medical student just to dip into the profession. This has consequences for the students' learning process in securing that the students acquire the necessary practical qualifications and acquire essential personal qualifications, such as self-dependence and abilities in decision-making and working under pressure.

Discussion: The study shows that doctors and students agree on the aim of the students' trainee stay: To involve the students in a working partnership in order to obtain the best learning experience. The study concludes that it is difficult to change well-established routines despite good intentions of all parties involved. Therefore, the study rises the question on how new routines are established in the educational culture of medicine.

Reprints not available. Correspondence to: Ingeborg Ulla Netterstrøm, Københavns Universitet, Pædagogisk Udviklingscenter Sundhedsvidenskab (PUCS). E-mail: Ingeborg.n@pucs.ku.dk.

Antaget den 7. maj 2003.

Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Pædagogisk Udviklingscenter Sundhedsvidenskab (PUCS), og H:S Frederiksberg Hospital, Intern Medicinsk Klinik B.

Stig Bondensen, Jens Frederiksen og klinikledelsen, Intern Medicinsk Klinik B, H:S Frederiksberg Hospital, takkes for konstruktiv kritik og velvillig støtte.

Litteratur

1. Ringsted C, Schroeder V, Henriksen J et al. Medical students' experience in practical skills is far from stakeholders' expectations. *Med Teach* 2001;23:412-6.
2. Lave J, Wenger E. *Situated learning legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
3. Nielsen K, Kvale S, eds. *Mesterlære læring som social praksis*. København: Hans Reitzels forlag A/S, 1999.
4. Gustavsson B. *Kunskapsfilosofi*. Smedjebacken, Sverige: Wahlström & Widstrand, 2000.
5. Ulriksen L, ed. *Perspektiver på almenkvalificering*. Roskilde: RUC, Erhvervs og voksenuddannelsesgruppen, 1992.