

VIDENSKAB OG PRAKSIS | UDDANNELSESARTIKEL

at mere vigtig viden om A-vitamin vil blive genereret. Selv om A-vitamin-tilskud allerede har gode effekter på børnedødeligheden, kan det formentlig blive endnu bedre.

Korrespondance: *Christine Stabell Benn*, Adelingen for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut, DK-2300 København S. E-mail: cb@ssi.dk

Antaget: 15. november 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Manuskriptet bygger på en større litteraturgennemgang. En fuld litteraturliste kan rekvireres hos forfatterne.

Litteratur

- Bloch CE. Clinical investigation of xerophthalmia and dystrophy in infants and young children. *J Hygiene* 1921;19:283-304.
- Semba RD. Vitamin A as "anti-infective" therapy, 1920-1940. *J Nutr* 1999;129:783-91.
- Sommer A. Vitamin A, infectious diseases and childhood mortality. *J Infect Dis* 1993;167:1003-7.
- Mitra AK, Wahed MA, Chowdhury AK et al. Urinary retinol excretion in children with acute watery diarrhoea. *J Health Popul Nutr* 2002;20:12-7.
- www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml /november 2005.
- www.who.int/nut/vad.htm /november 2005.
- www.who.int/vaccines-diseases/en/vitamina/science/sci02.shtml /november 2005.
- Beaton GH, Martorell R, L'abbé KA et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young child morbidity and mortality in developing countries. Micronutrient Initiative. University of Toronto, 1993.
- Stephensen CB. Vitamin A, infection, and immune function. *Annu Rev Nutr* 2001;21:167-92.
- D'Souza RM, D'Souza R. Vitamin A for the treatment of children with measles – a systematic review. *J Trop Pediatr* 2002;48:323-7.
- Villamor E, Fawzi WW. Vitamin A supplementation: implications for morbidity and mortality in children. *J Infect Dis* 2000;182(suppl 1):S122-33.
- Benn CS, Bale C, Sommerfelt H, Friis H, Aaby P. Hypothesis: Vitamin A supplementation and childhood mortality: amplification of the non-specific effects of vaccines? *Int J Epidemiol* 2003;32:822-8.

Effekt af 13 timer lang træning af det medicinske interview i den prægraduate lægeuddannelse

Professor Knut Aspegren &
klinisk psykolog Peter Lønberg Madsen

Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, og
H:S Rigshospitalet, afsnit 5404, Laboratorium for Kliniske Færdigheder

»To what extent are medical interviewing skills teachable?« spurgte *Kraan et al* [1], da de redegjorte for de første erfaringer med træning af lægelig kommunikation ved lægeskolen i Maastricht. Konklusionen var, at *history taking, presenting solutions* og *structuring the interview*, men ikke *basic interview-*

ing skills effektivt kunne læres ved undervisning og træning. I 2004 blev der fra Holland publiceret et studie af effekt af træning af yngre læger i samtalemethode [2]. Til trods for tre års træning i kliniske sammenhænge kunne der ingen effekt påvises af denne. Således foreligger der ud fra en medicinsk-pædagogisk synsvinkel et behov for nærmere at analysere læringsprocessen i træning af lægelig samtalemethode.

Lægelig patientsamtale er forskellig afhængigt af opgaven og kan beskrives i en hierarkisk følge. Basalt er det at kunne interviewe og informere patienter på en effektiv måde (trin 1 og trin 2 i **Tabel 1**).

Opgave 3 i **Tabel 1** og højere indeholder alle et element af at få information fra eller give information til patienten eller begge dele. Således er det nødvendigt, at lægen behersker de

Tabel 1. Samtalen mellem læge og patient er af forskellig slags og i en hierarkisk orden. Færdigheder i at interviewe og give information – i bunden af trappen – er en del af alle andre typer af samtaler og en forudsætning for at beherske disse på et professionelt niveau.

7. Gennemføre den eksistentielle samtale, f.eks. med døende patienter
6. Håndtere svære situationer, f.eks. en aggressiv patient eller pårørende
5. Overlevere en truende besked, f.eks. information om kræftsygdom, hiv-infektion o.l.
4. Udføre primær konsultation
3. Rådgive f.eks. om vægttab, ryggestop o.l.
2. Gennemføre informationsamtalen om f.eks. prøvesvar, forandring af medicinering o.l.
1. Gennemføre det medicinske interview, »optagelse af anamnese«

VIDENSKAB OG PRAKSIS | UDDANNELSESARTIKEL

to basale samtaleformer, før han/hun efterhånden kan varetage nogen af de mere komplekse opgaver.

De to basale samtaleformer kræver, at flere delfærdigheder (*subskills* og *microskills*) først beherskes. Sådanne færdigheder er f.eks. at kunne strukturere samtalen, opsummere det sagte samt eksplorere patientens anskuelser og følelser [3]. En undersøgelse fra København viser, at studerende fra sidste semester på lægeuddannelsen og 1. reservelæger, som ikke er trænet i lægelig samtalemetode, spontant lærer en del færdigheder, men ikke behersker flere vigtige sådanne [4].

I 1999 blev der etableret en træningsmetode for studerende på syvende semester i Laboratorium for Kliniske Færdigheder i København. Vi ønskede at udforske, om man med denne metode kunne udfylde de mangler i delfærdigheder som utrænede læger og studerende har.

Materiale

Deltagerne bestod af tre forskellige grupper studerende:

1. Gruppe 1, referencegruppen: I alt 89 studerende fra kursus i obstetrik/gynækologi i det 13. og sidste semester på lægestudiet fra henholdsvis forårssemestret 1999 og forårssemestret 2000. Gruppen er beskrevet i detaljer i en tidligere publikation [4]. Ud over forelæsninger i medicinsk psykologi på 1. semester havde ingen af disse studerende fået nogen træning i lægelig samtale. De blev først instrueret i det medicinske interviews struktur og proces ved to timers gruppeundervisning og gennemførte derefter et 15 minutter langt, videooptaget testinterview med en simuleret patient (skuespiller). Opgaven var »optagelse af anamnese til skrivning af journal«, hvis indhold var relateret til kursus i obstetrik/gynækologi.
2. Gruppe 2: Seksten studerende fra ottende semester på forårssemestret 2000. De blev udvalgt ved lodtrækning mellem undervisningsgrupper og havde alle gennemgået den

træning i samtalemetode, som er beskrevet ovenfor. Som et led i et pædagogisk eksperiment havde disse studerende fået tre ekstra feedbacksessioner a 90 minutter med vejleder på båndoptagede patientsamtaler fra det kliniske ophold i syvende semester.

3. Gruppe 3: Ni studerende fra ottende semester i efterårssemestret 2003, valgt ved lodtrækning mellem studiegrupper. De havde gennemgået træning i samtalemetode, men havde ikke fået yderligere superviseret træning.

De studerende i gruppe 2 og 3 gennemgik efter det fire måneder lange kliniske ophold i medicin og kirurgi et 15 minutter langt testinterview med en simuleret patient (skuespiller). Opgaven var »optagelse af anamnese til skrivning af journal«. Interviewets indhold var sygehistorier relateret til det gennemgåede kliniske ophold.

Metode

Samtaletræningen blev udført inden for rammen af Studieordning 1988 ved lægestudiet i København. Placeringen var et kursus i kliniske færdigheder i begyndelsen af syvende semester, lige før det første kliniske ophold i medicin og kirurgi. Samtaletræningens del heraf var 13 timer. Det efterfølgende kliniske ophold varede i fire måneder. I løbet af disse kliniske måneder fik de studerende muligheder for at praktisere den interviewmetode, de havde lært i det propædeutiske kursus.

I begyndelsen af samtalekurset fik alle studerende en skriftlig information, hvori man definerede kursets formål og mål, beskrev og eksemplificerede åbne og lukkede spørgsmål og følgende fem gensvar: kognitive, affektive, lyttende, eksplorerende og åbne/ærlige. Der blev også udleveret et skema med en grundstruktur til et medicinsk interview som gengivet i **Tabel 2**.

Samtaletræningen bestod af følgende dele:

Tabel 2. Den grundlæggende struktur af den lægelige interviewsamtale. De dele af den, som blev evalueret ved ACIRS og item 0, angives i kolonnen til højre.

Trin i interviewet	Adfærd	Items på ratingskalaen
1. Lægen indleder samtalen	1. Intervieweren præsenterer sig ved navn og titel 2. Byder velkommen og anviser plads 3. Forklarer formålet med samtalen 4. Angiver tidsrammen for samtalen 5. Forklarer baggrunden for indlæggelsen i overensstemmelse med henvisningen	- - - Item 0 -
2. Lægen vælger det første område at eksplorere	A. Eksplorerer det valgte område ved brug af de fem gensvar B. Opsummerer det patienten har sagt C. Markerer overgang til næste område	ACIRS-items 1, 2, 4 og 9 ACIRS-item 7 ACIRS-item 3
3. Lægen vælger et nyt område at eksplorere	A, B og C bliver gentaget inden for det nye område	Som ovenfor
4. Lægen vælger et nyt område at eksplorere, etc.	A, B og C bliver gentaget inden for det nye område	Som ovenfor
5. Lægen afslutter samtalen	1. Lægen tilkendegiver, at interviewet er slut 2. Lægen spørger, om patienten har noget at fremføre/udddybe 3. Lægen opmuntrer patienten til at stille spørgsmål	- ACIRS-item 12 ACIRS-item 14

ACIRS = The Arizona Clinical Interview Medical Rating Scale.

VIDENS KAB OG PRAKSIS | UDDANNELSESARTIKEL

Tabel 3. Sammenligning af færdigheder i det medicinske interview mellem 89 13. semester-medicinstuderende, som ikke var blevet trænet i lægelig samtalemåde, og 25 8. semester-studerende som havde gennemgået 13 timers propædeutisk træning og derefter fire måneders klinisk ophold i medicin og kirurgi. Rangordenen i tabellen er i henhold til utrænede studerende. Adfærd i samtalen blev bedømt ved ACIRS og et selvkonstrueret item 0. Hvert item pointsættes fra 1 til 5, hvor 5 er ønsket adfærd. Opnået point 4 eller 5 blev kaldt »professionel adfærd«. Heterogenitet mellem grupperne blev beregnet ved χ^2 -test. Der gives procentsats af deltagere i hver gruppe, som opnåede professionel adfærd for alle items. En p-værdi på 0,05 og mindre blev bedømt som signifikant forskel.

ACIR-item-nr.	Delfærdighed	Procent af ikke-trænede studerende	Procent af trænede studerende	p
10	Intervieweren opretholder øjenkontakt	99	96	NS
5	Færdigheder i at spørge: undgår uhensigtsmæssige pauser	98	100	NS
8	Færdigheder i at spørge: undgår medicinsk fagjargon	97	92	NS
6	Færdigheder i at spørge: husker oplysninger og undgår unødige gentagelser af spørgsmål	90	100	NS
11	Verificere data: undgår unødigt at afbryde patienten	88	92	NS
13	Relation: udtrykker anerkendelse og accept	66	52	NS
12	Relation: eksplorerer patientens anskuelser og følelser	44	52	NS
2	Tidsforløb: strukturerer interviewet i overensstemmelse med tidsforløbet i sygehistorien	42	92	<0,001
1	Indsamler detaljerede og relevante oplysninger	29	64	0,01
9	Verificerer data: får oplysninger uddybet og præciseret	25	60	0,001
4	Færdigheder i at spørge: indleder med åbne spørgsmål	22	40	0,03
Item 0	Indleder og sætter ramme for interviewet	6	76	<0,001
7	Færdigheder i at spørge: opsummerer data	6	52	<0,001
14	Relation: opmuntrer til at stille spørgsmål ved afslutningen af interviewet	5	52	<0,001
3	Tilkendegiver overgangen fra et emne til det næste	3	44	<0,001

ACIRS = The Arizona Clinical Interview Medical Rating Scale; NS = nonsignifikant.

1. En indledende to timer lang demonstration af tre slags lægelige samtaler: primær konsultation, anamnese til skrivning af journal og overbringelse af besked om alvorlig diagnose. Demonstrationen var et rollespil mellem en læge og en simuleret patient (skuespiller). Demonstrationen blev efterfulgt af diskussion mellem studenterne og lederen af demonstrationen. Herved kunne de studerende identificere de basale kommunikationsfærdigheder: interview og information.
2. En tre timers demonstration og diskussion af rationalet for grundstrukturen i det medicinske interview og en demonstrationsvideo af et typisk interview. Demonstrationen foregik i grupper af seks studerende og med oplevelsesbaseret metode. Lærerne var læger eller psykologer.
3. I alt tre interviewøvelser i de samme grupper med seks studerende og en vejleder. Intervallet mellem øvelserne var 1-2 uger. Hver studerende udførte mindst to videooptagede interview a maksimum 15 minutters varighed med simulerede patienter. Opgaven var »optagelse af anamnese til skrivning af journal« på en patient med en ukompliceret sygehistorie, f.eks. vandladningsgener. Fokus var på interviewets struktur frem for dets indhold. Det blev gjort lettere, da indholdet var kendt i forvejen, ved at de studerende fik henvisning til sygehistoriernes symptomatologi i medicinske lærebøger.

Efter hver interviewsession fik de studerende feedback på deres samtaler i de samme studiegrupper med seks studerende og en vejleder (læge eller psykolog). Hver feedbacksession va-

rede to timer. Gennemsnitlig kunne der gennemgås 4-5 bånd ved en sådan session. Feedback blev udført, ved at grundmodellen for interviewet og de fem gensvar var skrevet på et *whiteboard*. Båndet blev afspillet, og øvelsesinterviewets struktur og gensvar blev fortolket, kategoriseret og talt op på tavlen. I den første session blev dette gjort af en vejleder, i de efterfølgende to af en anden studerende med assistance af vejlederen. På denne måde fik man et grafisk overblik over interviewets forløb og brugen af delfærdigheder og gensvar. Når hele samtalen var kategoriseret, blev den studerende, som havde gennemført interviewet, bedt om at kommentere forløbet ved først at nævne, hvad som fungerede efter interviewmodellen, derefter hvad som ikke fungerede, og til sidst de finere læringsmål til næste øvelse. Derefter fik de fem andre studerende mulighed for at komme med deres synspunkter. Vejlederens opgave var at lede de studerende gennem denne proces, ikke at instruere dem. Det gjorde han/hun ved at f.eks. spørge: »Hvad ser du på tavlen? Hvad blev effekten på samtalen af det, du gjorde? Hvad ønsker du at træne til næste gang?«.

Evaluering af samtalerne

Alle 114 videooptagede interview blev ratet af tre uafhængige psykologer ved hjælp af The Arizona Clinical Interview Medical Rating Scale (ACIRS) [5], som er et instrument med gode psykometriske egenskaber til bedømmelse af det lægelige interview [6]. Skalaen har 14 items som bedømmergrad af forskellige delfærdigheder i det lægelige interview (Tabel 3). Til bedømmelse af interviewets indledning tilføjede vi til et selv-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | UDDANNELSESARTIKEL

Tabel 4. Resultat af faktoranalyse af scoringsdata ved anvendelse af varimaxrotation. I tabellen vurderes indbyrdes vægt af de forskellige items i ACIRS. En faktor med høj Eigen-værdi bidrager til en større del af variansen end en faktor med en lavere værdi. Items i faktor 1, 3 og 4 berører mest interviewets proces, items i faktor 2 berører dets relationelle sider.

Faktor nr.	Eigen-værdier	ACIRS-items
1	3,63	item 0, 1, 2, 9 og 14
2	1,90	6, 12 og 13
3	1,59	3 og 4
4	1,55	10 og 11

ACIRS = The Arizona Clinical Interview Medical Rating Scale.

konstrueret item 0 (Tabel 3). Alle items bedømmes på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er den ønskede adfærd. Vi betegnede trin 4 eller 5 som »professionel adfærd«.

Overensstemmelse mellem de tre rater blev testet ved kappa-koefficient-statistik. Efter træning opnåede psykologerne en kappaværdi på 0,81. χ^2 -test blev brugt til sammenligning af grupper. p-værdier på 0,05 og mindre blev betragtet som statistisk signifikante. Med henblik på at analysere underliggende faktorer i ACIRS-instrumentet blev data analyseret ved faktoranalyse med varimaxrotation [7]. Ved valg af faktorer blev Kaiser-Guttman-kriteriet brugt (Eigenværdier større end 1,00). Kun faktorer med *loading* større end 0,60 inkluderes i faktorerne.

Resultater

Studerende, som havde gennemgået samtaletræning (gruppe 2 og 3), blev først sammenlignet item for item. I 14 af de 15 items var der ingen forskel. I item 12 (»At eksplorere patientens anskuelser og følelser«) opnåede 75% af de studerende i gruppe 2 og 11% i gruppe 3 professionel adfærd. Den forskel er statistisk signifikant med en p-værdi på 0,01. Trods denne forskel i et item valgte vi at behandle gruppe 2 og gruppe 3 som en i den fortsatte analyse. Resultat af denne fremgår af Tabel 3.

Der blev ved faktoranalysen fundet fire faktorer som gengivet i Tabel 4.

Diskussion

Det vigtige resultat fra dette studie er, at en større andel af studerende, som havde gennemgået et 13 timer langt forberedende kursus i lægelig interviewmetode og haft mulighed for at praktisere den med patienter i det følgende fire måneder lange kliniske ophold, har opnået bedre færdigheder end studerende, som havde gennemgået alle 13 semestre af lægeuddannelsen, men ikke fået sådanne øvelsesmuligheder. De 13 timers træning har således haft effekt. Men de 13 timers træning er ikke nok til at give alle en professionel adfærd i den lægelige samtale. Efter de 13 timer har mange stadigvæk mangler inden for vigtige delfærdigheder, såsom initialt at anvende åbne spørgsmål (item 4), opsummere patientens oplysninger (item 7), styre samtalen ved at markere emneskift i interviewet (item 3) og lade patienten komme til orde ved at

opmuntre til at stille spørgsmål (item 14). Disse færdigheder vedrører primært samtals processen.

Inden for ACIRS-items 5, 6, 8, 10 og 11 opnåede næsten 100% af de utrænede og trænede studerende en professionel adfærd. Disse items kan samlet karakteriseres som kendetegn på høflig social konversation og behøver således ikke at blive trænet særskilt på lægestudiet. Interessant at notere er, at de studerende gennemgående ikke anvender medicinsk jargon. Patienters klager over manglende forståelse af, hvad lægen siger, beror således måske mere på mangel på emotionel kontakt, som kan ses ud fra et gennemgående lavt score på items 12 og 13, end på brug af medicinske termer.

Interessant i denne sammenhæng er også forskellen i item 12 (»At eksplorere patientens anskuelser og følelser«) mellem grupperne 2 og 3. De 16 studerende, som i løbet af det kliniske ophold fik feedback tre gange på »ægte« patientsamtaler, opnåede her betydelig bedre resultater end studerende, som ikke fik denne vejledning. Til trods for at grupperne var små, mener vi, at forskellen kan være reel, fordi den er stor. Det observerede er også overensstemmende med rapporter i litteraturen om forringelse af den empatiske evne hos medicin-studerende i løbet af lægestudiet [8, 9]. Observationen peger på, at lægestuderende behøver professionel støtte i bearbejdelse af deres første indtryk af svært syge patienter, hvis relationelle færdigheder skal kunne udvikles, hvilket bør eksperimenteres i et udvidet studie.

I vores undersøgelse belyses vigtige forhold, når kurser i lægelig samtalemethode skal konstrueres:

- Færdigheder, som dækkes af ACIRS-items 5, 6, 8, 10 og 11, læres spontant og behøver derfor ikke at blive trænet særskilt på kurser i lægelig kommunikation.
- Vores data peger på, at der i den grundlæggende træning af den lægelige interviewsamtale bør lægges vægt på at træne samtals processen.
- Et forberedende 13 timer langt kursus med oplevelsesbaseret pædagogik fulgt af fire måneders klinisk ophold er ikke tilstrækkeligt til, at alle studerende opnår professionel adfærd i det lægelige interview.
- Det er sandsynligt, at samtaletræning i et laboratoriemiljø fulgt af udstrakt vejledning med feedback på samtaler med »ægte« patienter og i den ægte kliniske situation forbedrer kvaliteten af det lærte, især inden for de relationelle dele af samtalen. Det er dog nødvendigt, at denne hypotese bliver bekræftet ved en større undersøgelse end den, vi har gennemført.

Korrespondance: *Knut Aspegren*, Syddansk Universitet, Enheden for uddannelsesudvikling, Winsløwparken 17, DK-5000 Odense C.
E-mail: knut.aspegren@post.tele.dk

Antaget: 26. oktober 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | UDDANNELSESARTIKEL

Litteratur

1. Kraan HF, Crijnen AAM, de Vries MW et al. To what extent are medical interviewing skills teachable? *Med Teacher* 1990;12:315-28.
2. Kramer AWM, Düsman H, Tan LCH et al. Aquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Med Educ* 2004;38:158-67.
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Abingdon, Oxfordshire: Radcliffe Medical Press Ltd., 1998: 23-6.
4. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teacher* 2005;27:539-43.
5. Stillman PL. Arizona Clinical Interview Medical Rating Scale. *Med Teacher* 1980;2:248-51.
6. Kraan HF, Crijnen AAM, van der Vleuten CPM et al. Evaluating Instruments for Medical Interviewing Skills. I: Lipkin Jr L, Putnam SM, Lazare A, red. The medical interview. Clinical care, education and research. New York: Springer, 1995:460-72.
7. Norman GR, Streiner DL. PDQ Statistics. Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc. 1999:141-52.
8. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ* 1974;49:1023-30.
9. Holm U, Aspegren K. Pedagogical methods and affect tolerance in medical students. *Med Educ* 1999;33:14-8.

Træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende: et pilotprojekt

Psykolog Birgitte Dahl Pedersen,
klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske Inger Kuch Poulsen,
centerleder Charlotte V. Ringsted & professor Torben V. Schroeder

Københavns Universitet, Center for Klinisk Uddannelse, og
H:S Rigshospitalet, Center for Klinisk Uddannelse, Afsnit 5404

Nationalt som internationalt er der stigende interesse for udvikling af tværfagligt samarbejde inden for de sundhedsfaglige uddannelser for at opnå et bedre behandlingsforløb [1]. De barrierer, der imidlertid fremhæves, når professionelle skal arbejde sammen, er gensidig manglende viden og urealistiske forventninger til hinandens professionelle roller. Det skaber spændinger og forsvarspositioner i samarbejdsrelationerne og er et dårligt udgangspunkt for et reelt fagligt samarbejde [2]. I stedet for at forsøge at nedbryde faglige barrierer postgraduat mener vi, det vil være mere konstruktivt prægraduat at forebygge, at de overhovedet dannes. I internationale studier har man påvist, at fællesfaglig undervisning giver deltagerne mulighed for at udvikle og styrke deres egen professionelle rolle, øger forståelsen for andre og sætter fokus på deres måde at fungere på i et team [3-5].

Der har i Danmark ikke været tradition for, at læge- og sygeplejestuderende lærer om hinandens faglighed, til trods for at de som færdiguddannede er hinandens vigtigste samarbejdspartnere. Stuegangsfunktionen på en sengeafdeling er en vigtig del af både sygeplejerskers og lægers arbejde. Det er en kompleks opgave, som kræver evner til at kommunikere, samarbejde og formidle og samtidig inddrage patienten. Vi så derfor stuegangsfunktionen som en oplagt faglig ramme for træning af tværfagligt samarbejde. Formålet var, at de stude-

rende fik en viden om og indsigt i hinandens faglighed, således at de kunne indgå i fremtidige tværfaglige samarbejdsrelationer med en større grad af bevidsthed om egen og andres professionelle rolle. Mål for fællesundervisningen var, at de studerende: 1) diskuterede faglige forskelle og ligheder med henblik på at opnå større grad af respekt og forståelse for hinandens faglighed, 2) blev bevidste om, hvordan der kan samarbejdes tværfagligt og med patienten under stuegang, og 3) blev bevidste om egen faglighed, og hvad den enkelte i træningssituationen bidrog med både personligt og fagligt i forhold til samarbejdet

Materiale

Vi vurderede, at fællesundervisning omkring stuegang var bedst placeret på niende (af i alt 12) semester for lægestuderende og på sjette (af i alt syv) semester for sygeplejestuderende. Dette var begrundet i, at de studerende nu havde opnået nogen klinisk erfaring og på den måde var mere velfunderet i egen professionelle rolle. For medicinstuderende i København er niende semester i 2000-studieordningen det sidste semester i grunduddannelsen i intern medicin og kirurgi.

I alt udvalgte 25 studerende; 13 medicinstuderende og 12 sygeplejestuderende. Alle 24 medicinstuderende, der i efterårssemestret 2004 havde klinisk ophold på Roskilde Amts sygehus i Køge eller i Roskilde blev opfordret til at melde sig til forsøgsundervisningen og blev udvalgt efter først til mølleprincippet To sygeplejestuderende fra hvert af de seks centre på Rigshospitalet blev udpeget og tilbudt undervisningen af deres kliniske vejledere i centrene.

Metode

Stuegang er for begge faggrupper vedkommende et uddan-