

Medicinstuderendes evaluering af kliniske afdelinger kan hjælpe dårligt evaluerede afdelinger til at forbedre deres indsats

Betina Ristorp Andersen¹, Ulrik Brandt² & Torben V. Schroeder¹

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

1) Center for Klinisk Uddannelse (CEKU), Rigshospitalet

2) Institut for Uddannelse, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger
2015;177:V10130620

I international litteratur beskrives det, at medicinstuderende kun bliver kompetente læger, hvis de udvikler en sikker professionel identitet [1, 2].

Medicinstuderende skal tilknyttes rollemødder og professionelle fællesskaber, som kan fungere som forbilleder med viden og færdigheder, personlighed og værdier [3-5]. Studerende skal inkluderes i det professionelle fællesskab på den kliniske afdeling, behandles som kommende kollegaer og udføre lægeopgaver for at udvikle en sikker professionel identitet [6].

I 2003 udførte *Netterstrøm* en undersøgelse på en klinisk afdeling i København [7]. I undersøgelsen fandt hun, at medicinstuderende primært fungerede som observatører i praksis. *Wichmann-Hansen* fremsatte lignende resultater i sin ph.d.-afhandling fra 2004 og konkluderede, at medicinstuderende ofte ikke bydes ind i det lægefaglige fællesskab og har lav legitimitet i arbejdsopgaverne [8].

Forskellige kerneaktører har siden iværksat forbedringstiltag. Lægeforeningen, Københavns Universitet (KU), Region Hovedstaden, hospitalerne og Den Danske Kvalitetsmodel har formuleret politikker, strategier og standarder for studenterundervisningen. Hvordan går det så?

Evalueringer fra KU viser, at nogle kliniske afdelinger får konstant gode evalueringer og andre det modsatte.

I denne artikel præsenteres det, der karakteriserer forskelle i læringsmiljøet mellem godt og dårligt evaluerede kliniske afdelinger.

METODE

Vha. evalueringsdata om 1. semester på kandidatuddannelsen udvalgte den bedst og den dårligst evaluerede afdeling i hhv. intern medicin og kirurgi.

I dataindsamlingen blev der inkluderet fire deltagende observationer og 15 semistrukturerede interview med medicinstuderende på de modtagende afdelinger, og man tog afsæt i forskningsspørgsmålet: Hvad karakteriserer læringsmiljøet på godt og dårligt evaluerede afdelinger? Observationerne udførtes som deltagende observation, den første dag de studerende var på afdelingen. Interviewene foregik efter ca. tre uger og fulgte en semistruktureret guide.

Vi anvendte *grounded theory* til analyse af data [9]. Observationsnoter og interviewudskrifter blev gennemlæst flere gange, og temaer blev identificeret på tværs af data. To forskere deltog i analysen.

Kliniske afdelinger og studerende samtykkede i at medvirke.

RESULTATER

Observationer

Inklusion

På de godt evaluerede afdelinger var tutoren et fast holdepunkt for de studerende fra starten af dagen. Alle var opmærksomme på de nye studerende, og den ledende overlæge signalerede prioritering af uddannelsesopgaven. Tutoren havde et planlagt program for hele dagen, hvor forventninger, muligheder og krav blev italesat. Der blev signaleret engagement og begyndende inklusion i afdelingens lægekultur.

På de dårligt evaluerede afdelinger medførte modtagelsen ikke inklusion i det professionelle fællesskab. Introduktionen tog en time, og tutoren varetog sin sædvanlige kliniske funktion.

Kommunikation

De godt evaluerede afdelinger havde en klar og ligeværdig dialog med de medicinstuderende. Samarbej-



Medicinstuderende i superviseret stuegangsfunktion.

det med sygeplejerskerne og relationen til patienterne blev italesat. Den klare kommunikation i en tryk atmosfære skabte en ramme, hvor de medicinstuderende fik lyst til at vise engagement.

På de dårligt evaluerede afdelinger blev rammen for forløbet ikke kommunikeret, og koblingen til de øvrige læger på afdelingen var uklar. Der var ingen dialog om forventninger og muligheder, ingen kommunikation om relationen til patienterne, de pårørende eller det øvrige personale og ingen forventningsafstemning. De medicinstuderende blev efterladt usikre og forvirrede.

Struktur

På de godt evaluerede afdelinger var der struktur på introduktionen. Praktiske ting (garderober, nøgler, sko og koder) var systematiseret. Et arbejdsskema forelå den første dag, hvor lægen og den studerende blev koblet, og formaliserede evalueringsmøder var planlagt til fælles refleksion og korrektion af uddannelsesforløbet.

På de dårligt evaluerede afdelinger var der uklar struktur. Hver enkelt studerende måtte selv finde ud af systemet, hvilket medførte demotiverede studerende.

Interview

Klar adgang

På de godt evaluerede afdelinger var der en direkte adgang til de lægelige arbejdsopgaver. »Svend, hende der skal med dig – og så ved jeg godt, hvem Svend er, og han ved godt, at han skal have mig med, og det synes jeg har gjort det nemt«.

I starten af opholdet var styring nødvendig, indtil de studerende blev kendte ansigter og naturligt kunne koble sig på eller »bare dumpe ind«. Det gav ansvar for egen læring.

På de dårligt evaluerede afdelinger sagde en studerende: »Man skal ikke forvente, at det bliver serveret for en ... man skal virkelig selv tage opgaverne«. Det tog megen energi i starten at være den, der »fanger« en læge. En anden studerende sagde: »Der er ikke nogen læge, der ser en. Man kan føle, man er sådan lidt i vejen«.

Strategi for læring

Alle 15 medicinstuderende tilkendegav, at det var udfordrende, skræmmende og grænseoverskridende at komme i klinisk ophold for første gang. Ansvar for patienterne kunne være tungt.

På de godt evaluerede afdelinger skabte man et velstruktureret og trygt læringsmiljø med trinvis progression i læreprocesserne. De studerende deltog aktivt i arbejdsopgaverne. »Først snakker man med læ-

gen, så går man ind og undersøger og snakker med patienten, så går man for sig selv og skriver tingene. Så kommer lægen og læser det sammen med en. Det synes jeg er helt vildt rart ... ligesom en læreproces«.

På de dårligt evaluerede afdelinger var der ingen strategi eller systematik for de studerendes læring. De medicinstuderende startede patientkontakt usuperviseret og uden instruktion eller blev vedvarende fastholdt i en passiv, observerende rolle. Nogle studerende forblev usikre: »Nr. 2 dag i afdelingen sagde sygeplejersken: 'Du skal skrive journal'. Der blev jeg sådan lidt – kun mig alene, uden en læge som ser på – hvad hvis jeg gør noget forkert«.

Samarbejdet med lægerne

På de godt evaluerede afdelinger blev de medicinstuderende opfattet som kommende kollegaer: »Jeg synes, det har været sådan meget lige og jævnbyrdigt«. De studerende lavede »rigtigt lægearbejde« – »Det er meget arbejdsagtigt, man indgår fuldstændigt – mere som en tidlig læge end en medicinstuderende«.

På de dårligt evaluerede afdelinger blev samarbejdet beskrevet: »Han sad ved computeren og skrev en journal – jeg ved ikke, om man kan lære noget af det. Han går først, og så går jeg efter ... det tager lidt af modet at gå efter nogen hele tiden«.

DISKUSSION

Forskningsdesignet i undersøgelsen medfører, at resultaterne ikke kan generaliseres statistisk. Resultaterne peger dog på nogle vigtige tendenser, der kan danne grundlag for udvikling af læringsmiljø og planlægning af uddannelsesforløb på de kliniske afdelinger generelt.

Vores tilstedeværelse ved observationerne har påvirket data, hvilket imidlertid må have gjort sig gældende på alle afdelingerne. Valideringen af undersøgelsens resultater afhænger af det kvalitative design [10].

Undersøgelsen er kvalificeret ved metodetrian-gulering og antal af informanter. Man kunne kvalificere yderligere ved observationer i klinikken. De analytiske trin er beskrevet og kan efterprøves. Inddragelse af flere forskere i det analytiske arbejde kunne have øget reliabiliteten.

Der var god overensstemmelse mellem kvalitative data og evalueringsdata. De dårligt evaluerede afdelinger var karakteriseret ved at have kort introduktion, dårlig forventningsafstemning, uklar struktur, usynlig tutor, oplæring uden instruktion og begrænset aktiv deltagelse i lægearbejdet.

Studiets resultater er samstemmende med resultaterne i international forskningslitteratur. På de godt evaluerede afdelinger fulgte man international viden

om *best practice* for medicinstuderendes læreprocesser i kliniske ophold. Der var introduktion til forventninger og krav, de studerende blev en del af lægefællesskabet og blev superviseret i læresituationerne. Opholdet var struktureret, og der var en synlig rollemodel som iværksatte individuel og fælles refleksion.

På KU er uddannelse et fokusområde i vision 2016. I Den Danske Kvalitetsmodel forventer man formaliseret introduktion og systematisk supervision af studerende.

KONKLUSION

Forskelle i læringsmiljø mellem dårligt og godt evaluerede kliniske afdelinger kan sammenfattes i:

- Synlig tutor
- Introduktionsprogram
- Afstemning af forventninger, etik, muligheder og krav
- Struktur for opholdet
- Trinvis oplæring og aktiv deltagelse i lægelige opgaver
- Planlagte evalueringssamtaler.

Det fremgår af undersøgelsen, at der fortsat er brug for fokus på og udvikling af læringsmiljøet på de kli-

niske afdelinger på danske hospitaler. En ændret strategi, hvor individuel vejledning er tilpasset den enkelte afdelings potentialer og udfordringer, kunne overvejes.

KORRESPONDANCE: *Betina Ristorp Andersen*, Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
E-mail: betina.ristorp.andersen@regionh.dk

ANTAGET: 10. januar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 24. marts 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Monrouxe LV. Identity, identification and medical education: why should we care? *Med Educ* 2010;44:40-9.
2. Helmich E, Bolhuis S, Dornan T et al. Entering medical practice for the very first time: emotional talk, meaning and identity development. *Med Educ* 2012; 46:1074-86.
3. Finn G, Garner J, Sawdon M. 'You're judged all the time' Students' views on professionalism: a multicentre study. *Med Educ* 2010;44:814-25.
4. Reuler JB, Nardone DA. Role modeling in medical education. *West J Med* 1994;160:335-7.
5. Weaver R, Peters K, Koch J et al. »Part of the team«: professional identity and social exclusivity in medical students. *Med Educ* 2011;45:1220-9.
6. Burford B. Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Med Educ* 2012;46:143-52.
7. Netterstrøm IU. Medicinstuderendes kliniske ophold. *Ugeskr Læger* 2003; 165:3403-5.
8. Wichmann-Hansen G. Praktik i lægeuddannelsen. Et kvalitativt studie om læring og vejledning i klinikken [ph.d.-afhandl.]. Aarhus: Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet, 2004.
9. Dubois A, Gadde LE. Systematic combining: an abductive approach to case research. *J Business Res* 2002;55:553-60.
10. Kvale S. Interview introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.

Hiv kan og skal behandles samtidig med tuberkulose

Sarah von der Maase¹, Jan Gerstoft² & Christian Wejse^{1,3}

STATUSARTIKEL

- 1) GloHAU, Center for Global Sundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- 2) Infektionsmedicinsk Afdeling, Rigshospitalet
- 3) Infektionsmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V03130163

Tuberkulose (tb) er årsag til 25% af verdens hiv-relaterede dødsfald [1]. Det har været debatteret, om dødeligheden kan reduceres ved start af antiretroviral terapi (ART) tidligere end hidtil anbefalet. I WHO-guidelines fra 2010 [2] blev det anbefalet, at ART påbegyndes, så snart tb-behandling tåles, hvilket kan være så tidligt som to uger og ikke senere end otte uger efter påbegyndelse af tb-behandling, men en præcisering af det optimale tidspunkt forelå ikke fra WHO. Inden for de seneste år er der publiceret flere studier, hvor man har inkluderet immunstatus, hvilket har ført til en mere nuanceret forståelse af problemstillingen. Dette afspejles også i en række andre guidelines [3]. Formålet med denne artikel er at gennemgå fordele og ulemper ved iværksættelse af tidlig ART hos patienter med hiv og tb.

Tidlig ART er ikke problemfrit, da man risikerer, at en eventuelt gavnlige effekt opvejes af en eventuelt højere risiko for immunrekonstitutionsinflammatorisk syndrom (IRIS) (Tabel 1), hvilket er en kendt komplikation, når en patient starter ART. Kendte risikofaktorer for udvikling af IRIS er lavt CD4+ -T-celleantal (CD4+), dissemineret eller ekstrapulmonal tb og kort interval mellem start af behandling for en given opportunistisk infektion og ART [5].

Desuden er samtidig tb-behandling og ART kompliceret af mange interaktioner, bivirkninger og risiko for heraf følgende nedsat kompliance. Behandlingsregimerne består begge af 3-4 medikamenter, og hvert enkelt af disse kan være årsag til bivirkninger hos patienten. Behandlingen af patienter, der har hiv og er koinficeret med tb, er således en balancegang