

# Praksisperiode i allmenntmedisin under medisinstudiet

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Praksisperioden i allmenntmedisin i 10. semester ved Universitetet i Oslo har vært vurdert fjernet av økonomiske årsaker. Vi hadde samme semester gjort undersøkelser vedrørende utplasseringsperioden i forbindelse med utprøvingen av evalueringsredskapet StudPEP. Her presenterer vi hvordan praksisperioden høsten 2007 var tilrettelagt for læring av klinisk allmenntmedisin ut fra pedagogiske råd for et godt praksisopphold.

**Materiale og metode.** 79 av 81 studenter fylte ut et spørreskjema som omhandlet praksisperioden. Etter fem selvstendige konsultasjoner, som deres veileder observerte, skulle studentene registrere pasientenes diagnose, alder og kjønn. Vi mottok registreringer fra 363 konsultasjoner.

**Resultater.** Studentene hadde gjennomsnittlig åtte pasienter per dag i siste uke av utplasseringen. De hadde eget kontor i gjennomsnittlig 64 % av tiden, men 19 % hadde eget kontor i mindre enn en tredel av tiden. Veileder var til stede i mer enn 11 konsultasjoner hos 42 % av studentene, men i kun de fem obligatoriske konsultasjonene hos 23 % av studentene. Studentene var overveiende fornøyd med tilbakemeldingene fra veilederen, men 20 % ga kritiske svar. Studentene registrerte totalt 167 forskjellige diagnosekoder fordelt på alle kapitler i klassifikasjonssystemet ICPC.

**Fortolkning.** Praksisperioden er i høy grad tilrettelagt for læring av klinisk allmenntmedisin. Det er rom for kvalitetsforbedring, og vi formidler forslag fra pedagogisk litteratur.

I 10. semester ved Universitetet i Oslo har medisinstudentene en allmenntmedisinsk praksisperiode på seks uker, der de får undervisning av veileder en til en. Dette er studentenes viktigste undervisning i klinisk allmenntmedisin og praktisk samfunnsmedisin i kommunene. I denne mester-svennsituasjonen skal studentene lære gjennom observasjon og imitasjon av erfarne fastleger, gjennom å få oppgaver som de kan mestre med noe hjelp og veiledning, og gjennom gradvis å få mer krevende oppgaver (1). Veilederne er over 100 allmenntleger i åtte fylker på Sørlandet og Østlandet. De ansettes som universitetslektorer i deltidsstillinger for treårsperioder, slik at veilederkorpsen har en viss stabilitet over tid. Universitetet har frem til nå hatt årlige samlinger med universitetslektorene, og studentenes hefte med informasjon, arbeidsoppgaver og universitetets mål for utplasseringen blir sendt ut til universitetslektorene med jevne mellomrom (2).

I desember 2007 vurderte fakultetsstyret å avvike denne praksisperioden av økonomiske hensyn. Både studentene, Legeforeningen, Allmenntlegeforeningen og Norsk forening for allmenntmedisin reagerte unisont og kraftig negativt sammen med de allmenntmedisinske universitetsmiljøene. Forslaget ble ikke vedtatt.

Ved Institutt for allmennt- og samfunnsmedisin undersøkte vi høsten 2007 generelle forhold omkring utplasseringen i 10. semester. Bakgrunnen for undersøkelsen var arbeidet med utviklingen og utprøvingen av evalueringsredskapet StudPEP til bruk i utplasseringen (3).

Formålet med denne artikkelen er å presentere hvor mange og hvilke pasienter studentene hadde konsultasjoner med i sin praksisperiode i allmenntmedisin. Vi ønsket også å kartlegge i hvilken grad det ble tilrettelagt for selvstendig arbeid mot slutten av praksisperioden, hvor mye universitetslektorene observerte arbeidet studentene utførte, og i hvilken grad studentene er fornøyd med den totale tilbakemeldingen de fikk. Hvordan våre resultater beskriver tilrettelegging for læring diskuteres i lys av moderne pedagogiske råd for et effektivt praksisopphold (4).

## Materiale og metode

Alle studentene i 10. semester høsten 2007 ble etter endt praksis bedt om å fylle ut et spørreskjema som bl.a. vedrørte generelle forhold rundt praksisperioden: om gjennom-

snittlig antall pasienter studentene hadde selvstendig konsultasjon med en vanlig dag siste uke i praksis, i hvor stor grad de hadde eget kontor og hvor fornøyd de var med tilbakemeldingene de fikk. Fra våren 2007 var det obligatorisk å gjennomføre StudPEP-prosjektet, som innebar at studentene skulle få tilbakemelding fra pasientene og at veileder skulle observere minimum fem av studentenes selvstendige konsultasjoner og gi dem skriftlig tilbakemelding. Studentene skulle registrere pasientenes diagnoser, alder og kjønn for de fem veilederobserverte konsultasjonene. Studentene oppga på spørreskjemaet hvor mye de ble observert av veileder utover de obligatoriske fem konsultasjonene.

Skjemaene ble samlet inn på instituttet og registrert etter endt praksis. Dersom spørsmål ble besvart med et tallintervall, registrerte vi gjennomsnittstallet avrundet nedover til nærmeste hele tall.

## Resultater

Kull V03 hadde 84 studenter, 81 fullførte praksisperioden. Studentene var fordelt på 82 praksissteder. 79 studenter fylte ut spørreskjemaet. Tre studenter reserverte seg mot at deres pasientregistreringer skulle benyttes til forskning, og disse er ikke inkludert i diagnoseoversikten.

De 79 studentene gjennomførte selvstendige konsultasjoner med gjennomsnittlig åtte pasienter (95 % KI 0–17) på en vanlig dag siste uke i utplasseringen (fig 1). Studentene leverte rapporter fra 380 veilederobserverte konsultasjoner, hvorav pasientens hoveddiagnose var påført for 363 (95 %) konsultasjoner (tab 1) (5). Alle kapitlene i klassifikasjonssystemet International Classification of Primary Care (ICPC), som brukes i den norske primærhelsetjenesten, var representert (6). Muskel- og skjelettsystemet var den største gruppen, fulgt av luftveier og hjerte- og karsystemet. Det ble regi-

## Hovedbudskap

- Praksisperioden i allmenntmedisin har vært vurdert fjernet for å spare penger
- Medisinstudentene får mengdetrening og ser bredden av allmenntmedisinen i praksisperioden
- Det legges til rette for selvstendig arbeid og for observasjon av veileder
- Det er rom for kvalitetsforbedring

Sarah Frandsen Gran

s.f.gran@medisin.uio.no

Anja Maria Lyche Brænd

Morten Lindbæk

Seksjon for allmenntmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

**Tabell 1** Registrerte ICPC-koder på 363 konsultasjoner medisinstuderter i 10. semester har hatt med pasienter i allmennpraksis under observasjon av veileder høsten 2007 (Universitetet i Oslo). Konsultasjonene fordeler seg over alle ukene i praksisperioden. Kapitlene er sortert etter antall, de hyppigst forekommende kodene for hvert kapittel er oppgitt. Noen konsultasjoner er registrert med mer enn én diagnosekode. Høyre kolonne viser fordeling av diagnosekoder i allmennpraksis (5). IKA = ikke klassifisert annet sted

ICPC-kapitler og -koder	Registreringer		Prosentvis fordeling i allmennpraksis
	Antall	(%)	
<i>L Muskel- og skjelettsystemet</i>	98	(23)	20
L15 Kne symptomer/plager	8		
L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA	7		
L92 Skuldertendinit	7		
Andre (31 koder)	76		
<i>R Luftveier</i>	84	(20)	14
R05 Hoste	16		
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	14		
R83 Luftveisinfeksjon IKA	7		
Andre (17 koder)	47		
<i>K Hjerne-karsykdommer</i>	47	(11)	12
K86 Hypertensjon ukomplisert	24		
K04 Hjerterbank	5		
K85 Forhøyet blodtrykk IKA	3		
Andre (11 koder)	15		
<i>A Allment og uspesifisert</i>	34	(8)	7
A03 Feber	6		
A04 Slapphet/tretthet	6		
A98 Individforebyggende tiltak	6		
Andre (11 koder)	17		
<i>D Fordøyelsessystemet</i>	30	(7)	6
D01 Abdominalsmerte/krampe generell	11		
D09 Kvalme	3		
D73 Gastroenteritt antatt infeksøs	3		
Andre (11 koder)	13		
<i>S Hud</i>	21	(5)	8
S79 Godartet/uspesifisert svulst IKA	2		
S82 Pigmentnevus	2		
Andre (17 koder)	17		
<i>N Nervesystemet</i>	21	(5)	3
N17 Svimmelhet IKA	7		
N89 Migrene	4		
N88 Epilepsi	3		
Andre (6 koder)	7		
<i>T Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer</i>	21	(5)	5
T89 Diabetes insulinavhengig	6		
T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	6		
T83 Overvekt	4		
Andre (4 koder)	5		
<i>P Psykisk</i>	19	(5)	8
P03 Depresjonsfølelse	5		
P76 Depressiv lidelse	3		
P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	2		
Andre (8 koder)	9		
<i>W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging</i>	14	(3)	5
W781 Svangerskapskontroll	12		
W11 Prevensjon p-pille	1		
W99 Svangerskap/føds/barsel syk IKA	1		
Andre kapitler	30	(7)	
H Øre (6 koder)	12		2
U Urinveier (2 koder)	5		3
X Kvinnelige kjønnsorganer inkl. bryster (5 koder)	5		3
Y Mannlige kjønnsorganer (4 koder)	4		1
B Blod, bloddannende organer og immunsystemet (1 kode)	3	(1)	1
Z Sosiale problemer (1 kode)	1		
<b>Totalt (167 koder)</b>	<b>419</b>	<b>(99)</b>	<b>98</b>

strert 80 symptomkoder (48%) og 87 sykdomsdiagnoser (52%). Pasientene var 1–92 år og kvinneandelen var 60%.

Studentene hadde eget kontor i gjennomsnittlig 64% av tiden. 26% hadde eget kontor i mindre enn halvparten av tiden, 19% i mindre enn en tredel. Veileder var til stede i mer enn 11 konsultasjoner hos 42%, 9–11 konsultasjoner hos 11%, 6–8 konsultasjoner hos 24% og kun de fem obligatoriske konsultasjonene hos 23% av studentene.

Studentenes tilfredshet med tilbakemeldingene fra universitetslektor i praksisperioden målt på en fempunkts Likert-skala er angitt i e-figur 2. Gjennomsnittsskåren på dette spørsmålet er 4,1 (95% KI 3,9–4,4). Studentene er overveiende fornøyd, men 20% ga kritiske svar (Likert-skår 3 eller lavere).

### Diskusjon

Vår studie viser at medisinstuderter i 10. semester utplassert i allmennpraksis får mengdetrening, de har rapportert å ha mange selvstendige konsultasjoner mot slutten av praksisoppholdet, og de får se bredden i allmennmedisinen. Det blir i høy grad lagt til rette for selvstendig arbeid, og de fleste studentene har tilgang på eget kontor i praksisperioden. Veileder observerer i høy grad studentenes arbeid, og de fleste studentene er fornøyd med tilbakemeldingene de får. Det er imidlertid store forskjeller.

Wichmann-Hansen & Eika har utarbeidet råd for effektiv klinisk utplassering på bakgrunn av rådende pedagogiske teorier og empiriske studier (4). Våre funn viser at opplegget i praksisperioden i allmennmedisin følger mange av disse rådene, men det er fortsatt behov for en stadig evaluering og kvalitetssikring av praksisstedene (7).

Vi ser at det er stor variasjon i hvor mange selvstendige konsultasjoner studentene har mot slutten av praksisperioden. Studenter som har få egne pasienter, får gjerne mulighet til å observere veilederen i arbeid. Observasjon av rollemodeller er viktig for å utvikle seg faglig, og legen bør da «tenke høyt» sammen med studenten for å vise hvilke resonnementer som ligger bak avgjørelser og valg (4). Studenter som selv mot slutten av praksisperioden i liten grad utøver faget selvstendig, mister muligheten til gradvis økt autonomi, slik intensjonen med praksisperioden er. Med mange pasienter blir studenten som en legevikar i praksisen, der veileder i liten grad observerer hvordan studenten arbeider. Dermed mister studenten muligheten til å få konkret og spesifikk tilbakemelding fra veileder (4). Utfordringen for student og veileder i fellesskap er å finne en god balanse mellom mengdetrening og tid til veiledning for at studentene skal få maksimalt utbytte av praksisperioden i forhold til sitt eget faglige nivå (8). Vi har ikke funnet noen tydelige anbefalinger i litteraturen for hvor mange pasienter studenter i utplassering bør ha for å oppnå en slik balanse, men i vår undersøkelse hadde mange stu-

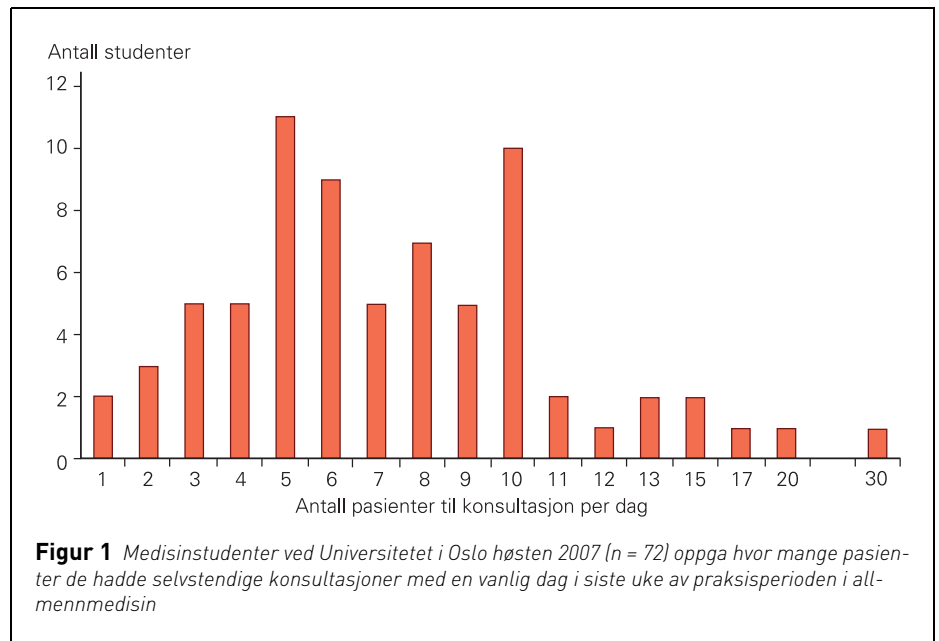
denter 5–10 pasienter daglig mot slutten av praksisperioden.

En annen viktig forutsetning for en god praksisperiode er at studenter får se forskjellige typer pasienter og kliniske problemstillinger (4). Tabell 1 viser bredden i det faglige arbeidet studentene utførte i praksisperioden. Alle ICPC-kapitlene er representert, og diagnosene er typiske for allmennmedisin (5, 9). Studentene får erfaring med både enklere og mer sammensatte medisinske problemstillinger, og de får både akuttimer og kontroller. Under innsamlingen av data la vi merke til at enkelte studenter er blitt observert i samme type konsultasjoner og dermed har mistet muligheten til å få spesifikk veiledning ved varierte problemstillinger. Studentene ser flere diagnoser i løpet av praksisperioden enn tabellen viser, da dette er de veilederobserverte konsultasjonene som er blitt evaluert skriftlig. Det er rimelig å tenke seg at veileder selekterer pasienter de mener egner seg til en observert studentkonsultasjon. Dette kan forklare at studentene har møtt flere pasienter med ukomplisert luftveisinfeksjon og færre pasienter med hudsykdommer og psykisk sykdom enn forekomsten i allmennmedisin skulle tilsi. Problemstillingene i de observerte konsultasjonene bør velges i samsvar med studentenes egne læringsmål (4).

Praksisperioden gir også mulighet for å lære samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten (2). En student som er med på en innleggelse, kan besøke pasienten på sykehuset og sammenlikne initialvurderingen på fastlegekontoret med sykehusets utredning og behandling. I noen tilfeller kan studenten også følge pasienten etter utskrivning og få førstehåndskunnskap om hvordan pasienten har opplevd innleggelsen.

En forutsetning for å kunne arbeide selvstendig i praksisperioden er tilgang på eget kontor og praksisens journalsystem. De fleste veiledere ser og dekker dette behovet. I universitetets beskrivelse av mål og arbeidsformer i praksisperioden står det at studenten forventes å ha eget kontor i 50% av utplasseringstiden (2). Imidlertid oppga 19% av studentene å ha eget kontor i mindre enn en tredel av tiden. Vi mener at de ytre rammer ikke er ideelle for selvstendig arbeid for disse studentene, og at det er et forbedringspotensial her. Det krever stor fleksibilitet fra praksisveilederne og deres legesentre når det gjelder å tilrettelegge for at studentene skal ha sin egen arbeidsplass, men de fleste får til dette etter god planlegging.

Observasjon av studentens arbeid er viktig for å kunne gi spesifikk formativ tilbakemelding (10, 11). I en undersøkelse fra USA fikk bare 7–23% av studentene strukturert, observert veiledning på kliniske ferdigheter i sine praksisperioder. Denne mangelen på direkte observasjon betegnes som en av de alvorligste svakhetene i moderne medisinsk utdanning (12, 13). Vår undersøkelse viser at veileder er til stede og observerer studen-



tenes arbeid i langt større grad, selv om det også her er stor variasjon mellom veilederne. 23% av studentene oppga at de ikke hadde noen konsultasjoner med direkte observasjon av sin veileder utover de obligatoriske fem. StudPEP-prosjektet bidro til å sikre at alle studentene ble observert av sine veiledere. Vår undersøkelse viser at 80% av studentene var fornøyd med den totale tilbakemeldingen de fikk fra sin veileder. For at tilbakemelding skal fremme selvstyrt læring, må den være konkret og spesifikk (4), noe som kan være en utfordring for mange veiledere. Det er også viktig å sette av tid og gi tydelige rammer for veiledningen, slik at studentene får mulighet til å ta imot tilbakemeldingene de får (14). En del uerfarne veiledere savner pedagogisk kompetanse, men det er vist at etablerte klinikere som underviser studenter, har en underforstått oppfatning av pedagogiske prinsipper og dermed hvordan de kan legge til rette for læring (15).

Fakultetsstyret vedtok i desember 2007 å bevare praksisperioden som en viktig del av medisinnutdanningen. Økonomiske nedskjæringer er imidlertid iverksatt slik at kontakten mellom universitet og universitetslektorer blir mindre. Risikoen er at utplasseringen blir mindre koordinert og kvaliteten mer vilkårlig (4). Vår studie viser at praksisperioden i høy grad er tilrettelagt for læring, selv om det noen steder er rom for kvalitetsforbedring. Vi ønsker å stimulere til at fakultet, universitetslektorer og studenter vurderer hvordan de kan bidra til å videreføre og forbedre praksisperioden i allmennmedisin.

Vi takker Per Hjortdahl for rådgivning og kritisk gjennomlesning av manus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

e-fig 2 finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

#### Litteratur

- Handal G. Utdanning av medisinerere – det pedagogiske perspektivet på Oslo96. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1931–3.
- Praksismappe for primærhelsetjenesten: Allmennmedisin og samfunnsmedisin 10 semester. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2005.
- Brænd AL, Gran SF, Lindbæk M. Pasienter – nyttig ressurs ved evaluering av medisinstudenters kliniske praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2122–5.
- Wichmann-Hansen G, Eika B. Hvad er et effektivt klinisk ophold? Ugeskr Læger 2004; 166: 1992–5. [www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2004/21/pdf/VP42776.pdf](http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2004/21/pdf/VP42776.pdf) [5.7.2008].
- Hunskår S, red. Allmennmedisin. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren AS. [www.kith.no/templates/kith/WebPage\\_1186.aspx](http://www.kith.no/templates/kith/WebPage_1186.aspx) [5.7.2008].
- Bærheim A, Thesen J. Studentenes evaluering av utplassering i allmennmedisin på Vestlandet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2271–3.
- Wichmann-Hansen G, Mørche AM, Eika B. Tidsregistrering: Hvordan bruker de studerende tiden i klinikken? Ugeskr Læger 2006; 168: 46–50. [www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2006/1/pdf/VP46525.pdf](http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2006/1/pdf/VP46525.pdf) [5.7.2008].
- Bahn TJ, Cronau HR, Way DP. A comparison of family medicine and internal medicine experiences in a combined clerkship. Fam Med 2003; 35: 499–503.
- Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA 1983; 250: 777–81.
- Bardella IJ, Janosky J, Elnicki DM et al. Observed versus reported precepting skills: teaching behaviours in a community ambulatory clerkship. Med Educ 2005; 39: 1036–44.
- Kassebaum DG, Eaglen RH. Shortcomings in the evaluation of students' clinical skills and behaviors in medical school. Acad Med 1999; 74: 842–9.
- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach 2007; 29: 855–71.
- Dobbie A, Tysinger JW. Evidence-based strategies that help office-based teachers give effective feedback. Fam Med 2005; 37: 617–9.
- McLeod PJ, Meagher T, Steinert Y et al. Clinical teachers' tacit knowledge of basic pedagogic principles. Med Teach 2004; 26: 23–7.

Manuskriptet ble mottatt 31.3. 2008 og godkjent 31.7. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.