

Turnuslegers erfaringer med veiledning i turnustjenesten

Hege S Haugdahl, Astri Vikan, Ottar Bjerkeset og Torunn Hamran

Hege S Haugdahl, Forsknings- og Utviklingsavdelingen, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Astri Vikan, Forsknings- og Utviklingsavdelingen, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Ottar Bjerkeset, Forsknings- og Utviklingsavdelingen, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF, og Institutt for Nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Torunn Hamran, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Sammendrag

Bakgrunn. Den nasjonale spørreundersøkelsen blant turnusleger fra 2007-2008 viste at veiledningen ved sykehuset Levanger var mangelfull. Formålet med denne kvalitative studien var derfor å få en bedre forståelse av turnuslegers erfaringer med veiledning i turnustjenesten.

Materiale og metode. Kvalitative intervju av syv turnusleger som hadde gjennomført turnustjeneste ved sykehuset Levanger i 2007-2008. Erfaringene ble analysert ved hermeneutisk fenomenologisk metode.

Resultater. Ansvar er et overordnet tema som kommer til uttrykk i følgende tre undertema: (1) manglende opplæring, (2) prøving og feiling og (3) å være til nytte. Ved medisinsk avdeling var turnuslegene mye alene i mottakelsen og skrev innkomstjournaler. Turnuslegene opplevde dette som rutinearbeid. Ved kirurgisk avdeling deltok de mer selvstendig i pasientbehandlingen. Å være til nytte var en viktig motivasjon for læring.

Fortolkning. Ansvar for pasientbehandling gir tilgang til lærings situasjoner og er motiverende. Men mangel på veiledning kan føre til feilbedømming og gi uheldige konsekvenser både for turnuslegene selv og pasientene. Tilfeldig organisering av turnustjenesten kan også få konsekvenser for sykehusets ansvar for å gi forsvarlig helsehjelp.

Referee*

Nøkkelord

Turnustjeneste, veiledning, spesialisthelsetjeneste, sykehus

Innledning

Nasjonale evalueringer av turnustjenesten har påvist et tilfeldig pedagogisk opplegg og etterlyser mer systematisk veiledning som et supplement til det daglige arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Turnusundersøkelsen fra 2007 og 2008 bekrefter dette inntrykket (Den norske legeförening 2008). I Helse Nord-Trøndelag (HNT) ble det avdekket to sentrale områder med stort forbedringspotensiale, supervisjon og veiledning.

Internasjonalt stilles det også spørsmål ved om turnustjenesten for leger bør endres for å imøtekomme helsevesenets forventninger og behov. Begrunnelsen for dette er blant annet økt fokus på pasientsikkerhet, administrative og økonomiske styringsverktøy for å redusere kostnader, og begrensninger i turnuslegenes arbeidstid (Sosial- og helsedirektoratet 2008, Kennedy, Regehr, Baker og Lingard 2005, Sanfey, Stiles, Hedrick og Sawyer 2008). I USA anbefaler Carnegie-stiftelsen at utdanningen reformeres på følgende fire områder; 1) standardisere læringsutbytter og individualiserte læringsprosesser; 2) integrering av formell kunnskap med klinisk erfaring; 3) anvendelse av vitenskapelig metode og forbedringskunnskap og; 4) å utvikle identitet som lege (Irby, Cooke og O'Brien 2010). Selv om en systematisk oversiktsartikkel ikke finner en sterk evidens for effekten av veiledning, understrekes det at veiledning spiller en viktig rolle i utdanning av leger (Sambunjak, Straus og Marusic 2006). De fleste turnusleger vil på et eller annet tidspunkt gjøre feilvurderinger (Davis og Nakamura 2010). Formålet med turnustjenesten er derfor at turnuslegen under veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring og kyndighet til å kunne utøve legeyrket på en forsvarlig og selvstendig måte (Sosial- og helsedirektoratet 2005). For å sikre dette kreves kontroll, veiledning og oppfølging, spesielt i starten (Turnusrådet 2005). Grunnleggende faktorer for et godt veilederforhold er følelsesmessig trygghet, konstruktiv tilbakemelding, støtte og individsentrert læring. Disse faktorene har betydning for turnuslegenes evne til å utvikle selvstendighet og refleksjon (Davis og Nakamura 2010).

Allerede på 1990-tallet viste en norsk studie at produksjonspresset i norske sykehusavdelinger kan få konsekvenser for den enkelte leges læring og utvikling (Akre og Ludvigsen 1998). Hovedutfordringene når det gjelder å bedre læringsmiljøet på medisinske arbeidsplasser ligger i kvaliteten på dialogene som føres i det profesjonelle fellesskapet (Akre og Ludvigsen 1997). Turnuslegenes læring i praksis skjer ikke bare i pasientmøtene, men like mye i forberedelsen til og bearbeidelsen av disse (Kivle 2009). Nylig viste en norsk doktorgradsstudie om turnusleger at grunnlaget for god læring ser ut til å være på plass de fleste steder (Kivle 2009), men resultatene fra den nasjonale turnusundersøkelsen (2008), viste at det var grunn til å undersøke dette nærmere.

For å få mer kunnskap om styrker og svakheter ved turnustjenesten i vårt foretak gjennomførte Forsknings- og Utviklingsavdelingen (FoU) i HNT en kvantitativ studie for å undersøke nærmere de lokale svarene fra de nasjonale spørreskjemaundersøkelsene av turnustjenesten i 2007 og 2008. Resultatene fra denne studien viste blant annet at under en fjerdedel av turnuslegene innen kirurgi og medisin oppga at veiledningen hadde vært systematisk og gitt nyttig læring (Bjerkeset, Romild, Haugdahl og Nylenna 2011). For at turnuslegene skal settes i stand til å utføre legeyrket på en forsvarlig måte, ble det derfor viktig å få mer kunnskap om hvilke erfaringer de hadde med veiledningen. Vi gjennomførte derfor en kvalitativ studie for å besvare følgende spørsmål:

- I hvilken grad bidrar turnustjenesten til å sette turnuslegene i stand til å ivareta profesjonens arbeidsoppgaver på en forsvarlig og selvstendig måte?
- Hva skal til for at veiledning fremmer ønsket læring?

Kunnskapsteoretisk perspektiv-og synet på læring i praksis

Leger og andre helseprofesjoners teoretiske kunnskapsbaser inneholder elementer fra ulike typer vitenskaper, hvor naturvitenskap er grunnleggende for diagnostikk og behandling. Teoretisk kunnskap må derfor kunne anvendes i praksis og det finnes ulike modeller for å forklare hvordan det skjer. Den eldste, og mest dominerende modellen, gir den teoretiske kunnskapen forrang og praksis blir forstått som omsatt teori. Evidensbasert medisin kan være en variant av slik tenkning (Grimen 2008). Evidensbasert medisin, også forstått som kunnskapsbasert praksis (KBP), innebærer at man integrerer forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i den aktuelle situasjonen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart 2007). Modellen bygger på et hierarki av informasjonskilder for kliniske beslutninger, hvor kvalitetsvurdert og oppsummert forskning ligger øverst i pyramiden. Et argument mot denne modellen er at den er for enkel, og at det er lite evidens for hvordan man skal anvende denne kunnskapen i møte med den enkelte pasient (Vandvik og Eiring 2011). Det kreves både ferdigheter og situasjonsforståelse for å kunne anvende teoretisk kunnskap og det finnes områder av praktisk kunnskap som trolig ikke kan begrunnes eller forklares teoretisk (Grimen 2008). Praksis har sin egen logikk som gjør at man må foreta en rekke beslutninger hvor man samtidig anvender faglig, juridisk og moralsk skjønn (Molander og Terum 2008). Kunnskapen er personlig, men på samme tid avhengig av et felles språk og at handlingene blir bekreftet gjennom samhandling med andre – i et praksisfellesskap (Hamran 1995, Molander og Terum 2008, Molander 1996, Rolf 1998). Dette perspektivet på kunnskap og handling, har klare implikasjoner for læring i praksis og hvilke krav som må stilles til innholdet i turnustjenesten.

Supervisjon innebærer oppsyn eller tilsyn og har fortrinn innenfor områder hvor man skal lære praktiske ferdigheter, for eksempel ulike kirurgiske teknikker, intubasjon etc. Veiledning kan inndeles i henholdsvis mesterlære med deltakelse i praksisfellesskapet, og reflekterende veiledning (Lauvås og Handal 2000). En optimal profesjonell utvikling krever både innlæring av tekniske ferdigheter i et praksisfellesskap og at kunnskap bearbeides gjennom refleksjon og dialog. Forskjellen mellom supervisjon og veiledning ligger i hovedsak på graden av dialog (Tveiten 2002) og, slik det er definert her, fremstår veiledning som en bedre måte å fremme læring, refleksjon og analytisk tenkning på enn supervisjon alene (Tveiten 2002).

Materiale og metode

Alle 39 turnuskandidatene i Helse Nord-Trøndelag som deltok i turnusundersøkelsen fra 2007 og 2008 (Den norske legeförening 2008) fikk skriftlig henvendelse med forespørsel om å delta i intervju. Det endelige utvalget besto av sju leger, alle fra Sykehuset Levanger, fem kvinner og to menn, med erfaring fra både kirurgisk og medisinsk avdeling, hvorav en også hadde erfaring med tredelt tjeneste (psykiatri) og to nylig hadde startet turnustjeneste i kommunehelsetjenesten.

Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju med fire personer ledet av moderator (førsteforfatter) med fokus på følgende tema: veiledning, arbeidsoppgaver, samarbeid, overgang fra student til selvstendig lege. Andreforfatter oppsummerte underveis og ved avslutning av intervjuene. For ytterligere å utdype tema omkring veiledning, utførte førsteforfatter tre nye intervju. Av praktiske årsaker valgte vi dybdeintervju ettersom to av informantene nylig hadde startet turnustjeneste i kommunehelsetjenesten og foretrakk at intervjuet ble gjennomført lokalt. Samtalene varte ca en time og ble tatt opp på digital lydfil og transkribert. Undersøkelsen ble meldt til NSD, som ikke hadde merknader. Lydopptak ble slettet etter transkribering og tekstmaterialet ble anonymisert.

Intervjuene ble analysert ved hermeneutisk fenomenologisk metode (Lindseth og Norberg 2004) som beskriver analyse og fortolkning som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet og mellom forståelse, forklaring og refleksjon. Intervjuteksten ble lest i sin helhet for å få et umiddelbart helhetsbilde. Denne første naive forståelsen ble lagt til grunn for den videre analysen. Teksten ble så delt inn i meningsenheter som ble kondensert og abstrahert til tre subtema. Første- og andreforfatter validerte tema mot den naive forståelsen og kodingen ble så diskutert og analysert ved hjelp av kunnskapsteori og ny gjennomlesing av intervjuene for å komme frem til et overordnet og felles tema. Ved å la erfaringene komme til syne ved kontekstuelle sitater gis leseren mulighet til å validere de løpende fortolkninger.

Resultater

Ansvar og ansvarlighet fremstår som et gjennomgående og dermed overordnet tema. Resultatene er inndelt i tre subtema som er gitt følgende overskrifter: (1) "Vi har ikke hatt opplæring i noe...det er ikke tid til det" (2) Prøving og feiling (3) Å være til nytte. Praksis ble erfart ulikt av informantene ved kirurgisk og medisinsk avdeling. Ved medisinsk avdeling sto de mye i mottakelsen, tok i mot pasienter og skrev innkomstjournaler. Informantene opplevde dette som rutinearbeid. På kirurgisk avdeling erfarte de å bli en del av arbeidskollegiet ved å delta mer selvstendig i pasientbehandlingen. Å være til nytte var en viktig motivasjon for læring. Informantene erfarte at de i liten grad fikk systematisk veiledning. Funnene utdypes nedenfor og illustreres med sitater.

Vi har ikke hatt opplæring i noe... det er ikke tid til det.

Organiseringen av turnustjenesten virket tilfeldig ved at det ble forventet at turnuslegene skulle fungere uten systematisk opplæring og uten å kjenne rutinene. Det var ikke vanlig med følgevakt i starten av tjenesten: *"Det var to dager der vi hadde litt informasjon og lærte om data. Så hadde vi litt gjennomgang av sykepleierne i mottakelsen om rutiner ved dårlige pasienter. Det var egentlig ganske bra."*

Informantene savnet opplæring om de vanligste problemstillingene: *"...sånn som vanlig KOLS-behandling, brystmerter og slag. Det kan hende jeg er dum, men jeg visste ikke hele den regla med medisiner når jeg begynte der."*

Flere hadde ikke hatt opplæring: *"...første gang jeg kom i hvite klær på sykehuset, så hadde jeg nattevakt."* En av informantene startet på poliklinikken uten å ha vært på kirurgisk avdeling i det hele tatt før, og ingen til å hjelpe seg. Oppgaven som de var tillagt krevde blant

annet å ta i mot bruddpasienter og vurdere røntgenbilder. Deltakerne savnet å kunne ha mer tid sammen med mer erfarne kolleger både i vaksammenheng og ved visittgang, for: *"Av og til må du lage et falsk bilde og late litt som om du kan det...for du synes det er litt pinlig å si at dette her er vi ikke gode nok på."*

Det var vanskelig å få hjelp fra mer erfarne kolleger. Den første dagen en av informantene skulle ha vakt uttalte bakvakta at det ikke var noen vits i å ringe for å be om råd. Han skulle på operasjonsstua og ville ikke være å få tak i. For å utvikle praktiske ferdigheter var det behov for konkret tilbakemelding: *"Vi hadde en sånn undervisning i kne, men det har liksom ikke vært lagt opp sånn at vi skulle gjøre og se."* Det var dessuten sjelden at noen overvåket situasjonen og kommenterte: *"Det var veldig bra, men det er mye lettere for deg å sy hvis du holder sånn og sånn... Jeg har sydd en gang. Jeg føler meg ikke bekvem."*

Selv om akuttmedisinsk behandling skulle være et prioritert område innen turnuslegetjenesten, var dette et tema som noen av deltakerne syntes de kunne enda mindre om etter at turnustjenesten var gjennomført: *"En gang har en bakvakt ringt til meg og sagt: du må komme inn og høre på denne lungen, fordi det er en typisk pneumoni. Sånne ting er så bra, men det er veldig lite av det. De husker ikke at vi ikke har sett sånne ting før. Det er jo ikke så lett å gjenkjenne det neste gang heller når ingen har sagt det til deg."* Flere hadde nesten ikke vært på medisinsk overvåkning. De ønsket derfor at de hadde hatt mulighet til å forlate mottakssituasjonen for å lære akuttbehandling sammen med bakvakta: *"...de kunne ha ringt og sagt: Nå er det en som er kjempedårlig. Kom opp og se hva vi gjør, forklare og gå gjennom forløpet for eksempel."*

Informantene hadde skrevet mange inkomstjournaler, men fikk sjelden tilbakemeldinger på om deres vurderinger var riktige: *"Hvis jeg hadde skrevet i journalen at det ikke var en bilyd, og det er en klar bilyd for eksempel, så er det ingen som sier det til meg. Eller ... hvis det er noe du lurer på, mulig bilyd? Du får aldri tilbakemelding på om det var det."* Selv om det fantes en veiledningsmal, var det sjelden at den ble brukt. Informantene var usikre på hva som lå i veiledningsbegrepet og mente de i liten grad fikk faglig veiledning.

Prøving og feiling

I kirurgisk poliklinikk ble det krevd at turnuslegene tok egne avgjørelser som også kunne innebære en viss risiko. Pasientene ble for eksempel ofte sendt hjem uten at bakvakt ble kontaktet: *"Du prøver deg fram, de dør ikke...du gjør ikke de store feilene om du sender dem hjem."* Følte de seg usikker på noe, spurte de dagen etter, eller tok tilbake pasienten til poliklinisk kontroll. Til tross for at informantene fikk høre at de tok for mange kontroller: *"...er det klart vi gjør det...for det er en veldig enkel måte å dobbeltsjekke det på. Det er ofte at du kommer i situasjoner der du ikke er helt sikker, og så får du ikke tak i noen."*

I mottakelsen var det: *"...lite samarbeid i forhold til fagarbeid rundt pasienten i lag med sykepleierne. Rett og slett fordi vi kanskje ikke har tid. Men det er noe jeg savner litt faktisk."* På kirurgisk avdeling kunne de bli sendt på sengepost med beskjed om å spørre hvis det var noe: *"Da har du 30-40 pasienter, og så skal du gå visitt alene uten å ha lært noen ting om hvordan de skal følges opp etter en operasjon. For det er ikke mye man lærer om på studiet heller. Hva skjer egentlig etter en operasjon? Du lærer indikasjonen for operasjonen og hvordan den operasjonen er, men det som skjer etterpå, ... det kunne jeg kun ha lært hvis jeg hadde noen å gå ved siden av."*

Det ble i mindre grad lagt opp til at informantene fikk anledning til å prøve og feile mens de var på medisinsk avdeling. Bakvakta var lett å tilkalle hvis det skjedde noe akutt: *”Er det dårlige pasienter, så tar bakvakta over og så er det de som følger dem opp mens vi fortsetter med dem som ikke er så dårlige i mottak.”*

Informantene arbeidet mye alene og det var ikke så vanlig å diskutere konkrete problemstillinger med veileder eller andre kolleger.

Å være til nytte

Deltakerne erfarte at det var en kulturforskjell mellom kirurgisk og medisinsk avdeling. Ved medisinsk avdeling sto de mye i mottakelsen og tok i mot nye pasienter. De opplevde dette som *”rutinearbeid”* og *”slavearbeid”*, hvor de følte seg som en slags *”samlebåndsmaskin”* som ikke tok egne avgjørelser. På kirurgisk avdeling erfarte de å få selvstendige arbeidsoppgaver og bli en del av arbeidskollegiet, og følte at de var *”mer lege”* enn på medisinsk avdeling. Å ikke føle seg inkludert eller være til nytte ble erfart slik i medisinsk praksis: *”...man sitter på morgenmøtet langs veggen borte i en krok og ikke åpner munnen og ikke refererer en eneste pasient. En blir ikke tillagt noen form for arbeid på morgenmøtet og ikke i vaktskiftemøtet, ingenting. Det er ingenting du skal følge opp.”* Mistrivsel i turnustjenesten hadde sammenheng med manglende utfordringer, kjedsomhet og uthenging. Kvalitet og form på tilbakemeldingene fra overordnede kolleger ble beskrevet på denne måten: *”Ofte bryr de seg ikke”*, eller *”Så sitter overlegene og er sinte på visitten”*. Å være til nytte var viktig og ble knyttet til følelsen av å være inkludert. Nytte handlet ikke bare om arbeidsinnsats, men i stor grad om følelsen av å ha ansvar.

Diskusjon

Ansvar og forsvarlighet

Det er overveiende enighet om at gradvis uavhengighet i utdanningsløpet er helt nødvendig for å tilegne seg nødvendig kompetanse og selvstendighet som lege (Kennedy *et al.* 2005). Denne undersøkelsen viser derimot at uavhengigheten ikke skjer gradvis, men svært brått. Turnuslegene får tidlig tillagt et stort ansvar i poliklinikken og mottakelsen hvor de må gjøre selvstendige vurderinger, ofte uten tilstrekkelig opplæring. Bakvakt kan være vanskelig å få tak i, spesielt på kirurgisk avdeling, og turnuslegene står mye alene.

Det er tidligere advart om at produksjonspresset i norske sykehusavdelinger bidrar til å utarme læringsmiljøene (Akre og Ludvigsen 1998). Selv om grunnlaget for god læring i turnustjenesten ser ut til å være på plass de fleste steder til tross for økt fokus på effektivisering (Kivle 2009), er det bekymringsfullt når mottak av medisinske pasienter, som ofte har et sammensatt sykdomsbilde (Salvi, Morichi, Grilli, Giorgi, De Tommaso og Dessi-Fulgheri 2007), betegnes som rutinearbeid av våre turnusleger. Studier fra medisinske akuttmottak viser at situasjonsforståelse, kommunikasjon og diagnostisering er krevende, og at erfaring spiller en viktig rolle for å fange kompleksiteten (Ersfjord 2007). Veiledningen bør derfor styrkes på dette området slik at turnuslegen hjelpes til å integrere formell kunnskap med klinisk erfaring (Irby *et al.* 2010). Ved at veileder anvender prinsippene for

kunnskapsbasert praksis (Nortvedt *et al.* 2007), kan turnuslegen utfordres både på oppdatert forskning, evne til kommunikasjon med pasienten og å identifisere egen og andres rolle i teamet rundt pasienten (Grande 2009).

I en undersøkelse fra 2008 blant 101 australske legestudenter som skulle starte i turnustjeneste (Coombes, Mitchell og Stowasser 2008), kom det fram at mange mente at sykepleiere skulle fungere som en sikkerhetsbarriere mot forordningsfeil, og at de forventet å bli kontaktet hvis de gjorde feil. Vår studie viser at det er liten tradisjon for å diskutere problemstillinger med erfarne sykepleiere ved vårt sykehus. Slik går turnuslegene glipp av kontroll, tilrettevisning og veiledning (Turnusrådet 2005). Deres ansvar settes på spill ved at de blir presset til å ta beslutninger om ordinasjoner og innleggelse, noe som kan få store behandlingsmessige konsekvenser for pasienten. At turnuslegen ikke får den oppfølgingen han eller hun har krav på i henhold til forskriften (Sosial - og helsedirektoratet 2005), kan i tillegg få konsekvenser for turnuslegenes læring og faglige utvikling.

Ansvar og læring

Å ha ansvar er viktig for læring, blant annet fordi det gir legitimitet og tilhørighet til behandlingsfellesskapet (Sheehan, Wilkinson og Billett 2005). Med ansvar følger arbeidsoppgaver og krav om å gjøre kliniske avveininger hvor det å være i tvil representerer et viktig læringspotensiale.

Hvis turnuslegene er i tvil, slik som i kirurgisk poliklinikk, har de to strategier. Enten å diskutere problemstillingen med mer erfarne kolleger dagen etter, eller å ta pasienten inn til kontroll etter noen dager. Ved medisinsk avdeling er det lettere å få hjelp hvis det oppstår tvil, og det føles trygt når bakvakta overtar ustabile og dårlige pasienter. Det imøtekommer kravet om forsvarlig praksis, men turnuslegene føler seg samtidig utnyttet ved at de blir satt til det de selv beskriver som rutinearbeid. Dette virker demotiverende. De fratras ansvar, men også læringssituasjoner fordi det gis liten mulighet til å forlate mottakelsen og delta i diagnostikk og akuttmedisinsk behandling. Deltakelse sammen med mer erfarne leger gir tilgang til og innsikt i kunnskap om akuttmedisinske prioriteringer, men på begge praksisstedene arbeider turnuslegene for det meste alene. Slik går de glipp av praktisk kunnskap som både er kommuniserbar, lærbar, kritiserbar, overførbar og som kan uttrykkes gjennom handling (Grimen 2008, Molander 1996). Å bli tilkalt for å lære å gjenkjenne lyden av pneumoni viser hvordan hint og instruksjoner kan være viktig for læringsprosessen fordi verbale og ikke-verbale handlinger er sammenvevd på kompliserte måter (Grimen 2008). Et komplekst symptom-bilde krever at man sorterer ut de viktigste symptomene og forfølger disse systematisk. Ettersom kunnskapen er personlig og kontekststøttet, vil den pedagogisk utfordringen være å synliggjøre hvilke elementer i kunnskapen som er relevant, inkludert evne til kommunikasjon og situasjonsforståelse (Grimen 2008).

Mye av turnuslegenes læring i praksis skjer uten direkte pasientkontakt, i forberedelsene til pasientmøtene og i oppsummering og refleksjon i etterkant av disse (Kivle 2008). I vår studie var det imidlertid påfallende lite refleksjon blant turnuslegene omkring etiske og relasjonelle problemstillinger. Resultatene i den kvantitative undersøkelsen i vårt helseforetak understøtter dette ved at mindre enn hver tiende turnuslege har opplevd at etiske tema ble diskutert mens de var i medisinsk praksis (Bjerkeset *et al.* 2011). Det er vekslingen mellom refleksjon i praksis og over praksis som gir det beste grunnlaget for læring, og det anbefales at veiledningssamtalene bør forankres mer i veilederens og turnuslegenes felles erfaringer fra klinikken (Kivle 2009), likeledes at tilbakemeldingen til kandidaten skjer på en strukturert

måte (Norcini og Burch 2007). En oversiktsartikkel viser at formell vurdering og tilbakemelding er mer effektiv når den gis av en autoritativ, troverdig kilde over en viss tidsperiode (Veloski, Boex, Grasberger, Evans og Wolfson 2006).

Det er reist spørsmål om hvilke læringsmessige konsekvenser det kan få hvis man går bort fra eksisterende praksis, med gradvis økende uavhengighet, i klinisk utdanning av leger (Kennedy *et al.* 2005). Det er ulike måter å lære på, og det anbefales at man i større grad individualiserer læringsprosessen. Forskning på læringsstiler tyder dessuten på at det er signifikante forskjeller mellom medisinstudenter og turnusleger/utdannede leger på hvordan de lærer (Engels og de Gara 2010). Mens medisinstudenter har en læringsstil som er preget av abstrakt begrepsdanning og refleksjon basert på observasjon, kjennetegnes turnusleger og ferdigutdannede leger ved en læringsstil som domineres av abstrakt begrepsdanning og aktiv eksperimentering med beslutningstaking og praktisk iverksetting av tiltak (Engels og de Gara 2010). Vår studie viser også at stor grad av selvstendighet virker motiverende på turnuslegenes læring, men samtidig er mangelen på systematisk veiledning gjennomgående, og skaper usikkerhet og tvil. Å ikke være i tvil, betyr ikke at man handler riktig. Å underkjenne dette potensialet for læring kan på systemnivå få konsekvenser ved at kravet om forsvarlig praksis blir utfordret (Sosial - og helsedirektoratet 2005) og understreker behovet for systematisk veiledning som også åpner for refleksjon (Tveiten 2002).

Denne undersøkelsen viser at utvikling av selvstendighet ikke skjer gradvis, men svært brått. Det er i spennet mellom å ha uforsvarlig stort ansvar og for lite ansvar, hvor turnuslegene mister motivasjonen, at organiseringen og kvaliteten på veiledningen må styrkes. Veiledning kan fremme læring både på områder som oppleves som rutinearbeid, og ved å identifisere situasjoner hvor turnuslegen ikke har vært i tvil. Man trenger derfor mer kunnskap om hvordan dyktige veiledere bidrar til å transformere kliniske situasjoner til gode læringssituasjoner hvor turnuslegene blir utfordret på analytisk tenkning og refleksjon over egen fagutøvelse.

Konklusjon.

Veiledningen ved kirurgisk og medisinsk avdeling er vurdert som det svakeste området i turnustjenesten. Tilfeldig organisering av turnustjenesten kan få konsekvenser for sykehusets ansvar for å gi forsvarlig helsehjelp. Å ha ansvar for pasientbehandling gir tilgang til læringssituasjoner og er motiverende. Selvstendighet og eget behandleransvar må utvikles mer gradvis, og bør tilpasses individuelle forutsetninger. Veiledningen bør styrkes både på områder som oppleves som rutinearbeid, og ved å identifisere situasjoner hvor turnuslegen ikke har vært i tvil.

Litteratur

Akre, V. og Ludvigsen S.R. (1997). [How to learn medical practice? A qualitative study of physicians' perception of their own learning processes]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* **117**, 2757-2761.

- Akre, V. og Ludvigsen, S.R. (1998). Professional learning and collective knowledge. Learning environment in two Norwegian hospital departments. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118: 48-52.
- Bjerkeset, O., Romild, U., Haugdahl H.S. og Nylenna, M. (2011). [Evaluation of the compulsory practice period for doctors in Norwegian hospitals]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. **131**, 824-827.
- Coombes, I.D., Mitchell, C.A. og Stowasser, DA. (2008). Safe medication practice: attitudes of medical students about to begin their intern year. *Med Educ*. 42: 427-431.
- Davis, O.C. og Nakamura, J. (2010). A proposed model for an optimal mentoring environment for medical residents: a literature review. *Acad.Med* **85**, 1060-1066.
- Den norske legeforening. (2008). Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger i sykehus 2007 og 2008. http://www.legeforeningen.no/asset/38608/1/38608_1.pdf (18.04.11)
- Engels, P.T. og de Gara,C. (2010). Learning styles of medical students, general surgery residents, and general surgeons: implications for surgical education. *BMC Med Educ* **10**, 51.
- Ersfjord, E.M.I. (2007). *Praksissfærene. En antropologisk studie av diagnostisering av magesmerter, kommunikasjon, papirflyt, kroppsdiskurs og humor i et akuttmodtak på et norsk universitetssykehus*. Sosialantropologisk institutt, NTNU, Trondheim.
- Grande, J.P. (2009). Training of physicians for the twenty-first century: role of the basic sciences. *Med Teach*. **31**, 802-806.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A. og Terum, LI. (red). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s.71-86.
- Hamran, T. (1995). Et fagkollektiv stykkes opp. I Elstad, I. og Hamran, T. *Et kvinnefag i moderniseringen*. Ad notam Gyldendal, Oslo, 13-76.
- Irby DM, Cooke M og O'Brien BC (2010). Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad.Med* **85**, 220-227.
- Kennedy, T.J., Regehr, G., Baker, GR. og Lingard, L.A. (2005). Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending? *Acad.Med*, 80: 106-111.
- Kivle, B.M.T. (2008). Å lære og å praktisere i sykehus - turnuslegen som student og lege. *Sosiologisk tidsskrift*, 16: 107-126.
- Kivle, B.M.T. (2009). *Fra student til yrkesutøver: turnuslegers erfaringer fra sykehuspraksis*. Avhandling for Ph.D.graden. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo.
- Lauvås, P. og Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteor*i. J.W.Cappelens Forlag a.s.
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand.J.Caring Sci*. 18: 145-153.
- Molander, A. og Terum, L.I. (2008). Profesjonsstudier-en introduksjon. I Molander, A. & Terum, LI. (red). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 13-27.
- Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Daidalos, Göteborg.
- Norcini, J. og Burch, V. (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 29: 855-871.
- Nortvedt M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. og Reinart, L. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund, Oslo.
- Rolf, B. (1998). *Militær kompetens i historisk belysning*. Innlegg for konferensen "Förändringar i organisation, teknik och utbildning". <http://www.filosofibth.org/MilKompHist.pdf> (18.04.11)
- Sambunjak, D., Straus, S.E. og Marusic, A. (2006). Mentoring in academic medicine: a systematic review. *JAMA* **296**, 1103-1115.

- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. og Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg.Med*, 2: 292-301.
- Sanfey, H., Stiles, B., Hedrick, T. og Sawyer, R.G. (2008). Morning report: combining education with patient handover. *Surgeon*, 6: 94-100.
- Sheehan, D., Wilkinson, T.J. og Billett, S. (2005). Interns' participation and learning in clinical environments in a New Zealand hospital. *Acad.Med*, 80: 302-308.
- Sosial - og helsedirektoratet (2005). *Turnustjenesten for leger*. Rundskriv, IS-9/2005, Saksnummer: 05/1666.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Turnustjenesten for leger-en helhetlig gjennomgang*. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00040/Turnustjenesten_for_40449a.pdf (18.04.11)
- Turnusrådet (2005). *Veileder for turnus i sykehus*. http://www.legeforeningen.no/asset/26226/1/26226_1.pdf (18.04.11)
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning -mer enn ord...* Fagbokforlaget, Bergen.
- Vandvik, P.O. og Eiring, Ø. (2011). *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Veloski, J., Boex, J.R., Grasberger, M.J., Evans, A. og Wolfson, D.B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach*, 28: 117-128.