

Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer

Studier av yrkeskunnandets utveckling och manifestation
hos studenter och läkare

Maria Skyvell Nilsson

Göteborg 2010

COPYRIGHT © Maria Skyvell Nilsson
ISBN 978-91-628-7951-8

Printed in Sweden by Intellecta Infolog AB Västra Frölunda

ABSTRACT

You are the doctor now, you are in charge

Studies on the development and manifestation of professional knowledge
among students and doctors

Maria Skyvell Nilsson

Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg, Sweden

The overall purpose of this thesis was to contribute to the understanding of how doctors' professional knowledge evolves during both their clinical training and professional life. In this thesis, this is achieved by describing the supervision of medical students and the professional approaches of active doctors when making clinical judgments. During supervision students are expected to develop professional knowledge and to become socialised into the profession. Professional knowledge is personal, is developed throughout life, and is influenced by the person's education, experiences and generation group, and by organisational conditions. The profession's culture and attitudes also influence what knowledge is focused on, considered valid and appropriate. The professional knowledge of a doctor changes continuously as he or she gains clinical experience. The overall theoretical perspective of the thesis is symbolic interactionism, meaning that professional knowledge and socialisation are described based on how they appear and create meaning for medical students and active doctors. The thesis is based on data from two separate data collection efforts. In studies I, II and III, the focus was on the supervision of medical students in a surgical training program. The empirical data consisted of field notes from approximately 100 hours of observations and informal discussions. This group of ethnographic studies generated three separate thematic areas that were described: *what was identified as contents during supervision, attitudes conveyed in supervision and pedagogical strategies used by supervisors*. In study IV the focus was on professionally active doctors' clinical judgements and the study was based on interviews with nine junior and nine senior internal medicine doctors. This study made it possible to describe the way in which junior and senior doctors' professional approaches vary when making clinical judgements.

The four studies show that master-apprentice-like learning occurs both between supervisors and medical students and between more experienced and less experienced doctors. It emerges that it is not entirely clear what students are expected to learn and develop during the supervision. Moreover, the content is not adapted to the students' level of knowledge and experience. The students are abandoned to structure and prioritise the contents according to the clinical situations encountered. The students are expected to cope with attitudes that sometimes may be perceived as demanding or demeaning, and which may be difficult to adapt to patient- and team-centred care. Both students and junior doctors are placed in difficult and challenging situations in relation to their experience and skills.

Making clinical judgments is an important aspect of a doctor's professional knowledge. This knowledge is complex and grows with the extent of the clinical experience and it varies depending on the context in which it has been gained. The level of professional knowledge and clinical judgment-making ability is also increased by observing how more senior and experienced doctors act and behave. Therefore, it would be of interest for both students and for the health care organisation at large to develop the pedagogical approach of both supervisors and active doctors.

Keywords: Medical students, clinical education, clinical reasoning, clinical skills, clinical supervision, professional socialisation, symbolic interactionism

ISBN: 978-91-628-7951-8

Gothenburg 2010

FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen är baserad på följande artiklar, vilka kommer att refereras till i texten enligt följande romerska numrering.

- I Skyvell Nilsson, M., Pennbrant, S., Wenestam, C-G., Nilsson, K. and Pilhammar, E. Contents in supervision: an ethnographic study focusing on 4th-year medical students in clinical education.
(Submitted for publication).
- II Skyvell Nilsson, M., Pennbrant, S., Nilsson, K., Samuelsson, B. and Pilhammar, E. Attitudes conveyed in the supervision of medical students: an ethnographic study.
(Submitted for publication).
- III Skyvell Nilsson, M., Pennbrant, S., Pilhammar, E. and Wenestam, C-G. Pedagogical strategies used in clinical medical education: an observational study.
(Accepted for publication in BMC Medical Education 2010-01-08).
- IV Skyvell Nilsson, M. and Pilhammar, E. (2009). Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: implications for medical education.
BMC Medical Education, 9:25.

Artiklarna är publicerade med tillstånd från förläggare.

INNEHÅLL

INLEDING	1
BAKGRUND	3
Läkarutbildning	3
Handledning under läkarutbildningen	5
Yrkesocialisation	7
Från novis till expert - en utveckling av yrkeskunnande	8
Kliniska ställningstagande - en komponent i yrkeskunnandet	10
Tidigare forskning	12
Handledning	12
Kliniskt ställningstagande	15
SYFTE	17
ÖVERGRIPANDE TEORETISKT PERSPEKTIV	18
Symbolisk interaktionism	18
METOD OCH GENOMFÖRANDE	20
Artikel I-III	20
Etnografi	20
Urval, forskningsfält och genomförande	22
Tolkning och trovärdighetsaspekter - Artikel I-III	26
Artikel IV	27
Critical Incident Technique	27
Kvalitativ innehållsanalys	28
Urval och genomförande	28
Tolkning och trovärdighetsaspekter - Artikel IV	30
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	31
RESULTAT	32
Artikel I	32
Artikel II	33
Artikel III	34
Artikel IV	34
DISKUSSION	36
Novisen möter experten	36
Yrkeskunnandets ramar	38
Yrkeskunnandets innehåll och uttryck	40
KONKLUSION	44
ENGLISH SUMMARY	45
TACK	50
REFERENSER	52
Appendix I	60
Appendix II	60

INLEDNING

Läkarutbildning spelar en viktig roll i samhället. Den framhålls ofta som en prototyp för professionsutbildning med en uppdelning i en teoretisk och en klinisk del. Inslag av integration mellan teori och praktik ökar dock inom utbildningen. Inom professionsutbildningar, som läkarutbildningen, betonas att professionellt utövande skall utgå från ett teoretiskt kunnande byggt på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Det gäller även den kliniska delen av utbildningen.

Högskoleverket har påtalat brist på integration mellan olika kurser, mellan prekliniskt och kliniskt innehåll och bristande pedagogisk kompetens bland lärare inom läkarutbildningen. Ett stort antal examinationer i kombination med en traditionell utbildning med ämnesbaserade kurser kan, enligt Högskoleverket, innebära risk för så kallad ”curriculum overload” och ytinläring. Kvaliteten i den kliniska utbildningen har även visat sig vara varierande och avhängigt den kliniska lärarens välvilja.

I den kliniska utbildningen förväntas läkarstudenterna omsätta sitt teoretiska kunnande i praktisk handling, samtidigt som de ska utveckla ett professionellt förhållningssätt. Yrkeskunnande inkluderar yrkessocialisation, dvs att förhållningssätt utvecklas och internaliseras.Handledarens roll är att stödja studentens utveckling av yrkeskunnande. Det läkarstudenten förväntas lära och utveckla bör därför framträda i handledningssituationer.

Inom hälso- och sjukvården framhålls betydelsen av att vårdhandlingar och ställningstaganden ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett utvecklat yrkeskunnande anses ha stor och ibland avgörande betydelse för att kunna ta komplicerade och patientcentrerade beslut i den kliniska vården. Mera yrkeserfarna läkare nyttjas även av yngre kollegor för råd och stöd vid kliniska ställningstaganden och under utbildning.

Studier har visat att sättet att uppfatta situationer och att lösa problem förändras och utvecklas med allt större erfarenhet och yrkeskunnande. Det kunnande som utvecklas och krävs i klinisk verksamhet av verksamma läkare, kan förväntas komma till uttryck i kliniska ställningstaganden.

Av dessa anledningar är det av intresse att studera hur läkares yrkeskunnande utvecklas och manifesteras. Hur läkare tillägnar sig sitt yrkeskunnande är inte tidigare väl studerat. Därför kommer denna avhandling att beskriva klinisk handledning av läkarstudenter samt kliniska ställningstaganden bland yrkesverksamma läkare. Denna avhandling vill därmed bidra till en större förståelse för hur läkares yrkeskunnande växer fram under klinisk utbildning och i yrkeslivet.

I denna avhandling ses yrkeskunnande som ett kunnande som kommer till uttryck i handlingar. Yrkeskunnandet är personligt och utvecklas hela livet och påverkas av bl a utbildning, generationstillhörighet, organisatoriska förutsättningar och personliga erfarenheter. Kultur och förhållningssätt inom yrkeskåren har betydelse för den kunskap

som betonas, anses giltig och ändamålsenlig. Allt yrkeskunnande går inte att beskriva och kommer endast till uttryck i handling och/eller i förhållningssätt.

Det övergripande teoretiska perspektivet för avhandlingen är symbolisk interaktionism. Det innebär att yrkeskunnande och yrkessocialisation beskrivs utifrån hur det framträder och skapar mening för dem som lär sig och utövar läkaryrke.

Med egen mångårig erfarenhet från kliniskt arbete som sjuksköterska och avdelningslärare har i möte med studenter och personal ett intresse vuxit fram för yrkeskunnande, hur det utvecklas och vad det innehåller. Inom vårdpedagogiken finns en tradition av forskning om yrkeskunnande, kompetens och handledning av studenter. Inom ramen för LEK-projektet (Läkares erfarenhetsbaserade kunskap) gavs en möjlighet att studera utveckling av yrkeskunnande under handledning och bland läkare. Detta framstod inte bara som utmanande och intressant utan låg även i linje med mina egna intressen. Professor Ewa Pilhammar Andersson har varit huvudansvarig för projektet som finansierats av Västra Götalandsregionen.

BAKGRUND

I detta avsnitt beskrivs läkarutbildning, handledning, begrepp och teorier om studenters och yrkesverksamma läkares yrkeskunskande, kliniska ställningstaganden och tidigare forskning.

Läkarutbildning

Läkarutbildningen anses som en klassisk professionsutbildning (Strömberg, 1994). I en professionsutbildning skall den studerande erhålla både en teoretisk grund och en första yrkesmässig skolning. För att bli färdigutbildad krävs en tid i yrket (Selander, 2001). Strömberg beskriver, utifrån Brante, vad som är utmärkande drag för en profession. Professioner är bärare av abstrakta, generaliserbara och teoretiska expertkunskaper. För den som är ägare av sådan kunskap, är den möjlig att använda och omsätta i nya sammanhang. Den professionelle tillägnar sig kunskap genom en långvarig, specialiserad och ofta akademisk utbildning. En sådan långvarig utbildning kräver en insocialiseringsprocess, dvs genom utbildningen skapas en lojalitet till yrkesgruppens värde och normer och en kultur bildas kring yrket. Vanligtvis avslutas utbildningen med en formell examen som i sin tur garanterar att den examinerade fyller de krav som ställts i utbildningen. En professionsutbildning leder till ett arbete som bygger på förtroende och är högt värderat av andra. Sådana yrken rymmer också ofta någon form av klientrelation, t ex mellan läkare och patienter (Strömberg, 1994).

I Sverige bedrivs grundläggande läkarutbildning vid sex lärosäten. Utbildningen omfattar 330 högskolepoäng, vilket innebär 5,5 års heltidsstudier och avslutas med en läkarexamen. För att få legitimation som läkare krävs ytterligare läkararbete under 18 månader (Allmän Tjänstgöring) varvat med utbildning. Allmän tjänstgöringen (AT) syftar till att utöver grundutbildningen ge den praktik som krävs för alla läkare oavsett framtida yrkesinriktning. Efter fullgjord AT-tjänstgöring kan ansökan om legitimation göras hos socialstyrelsen. För specialistkompetens krävs specialisttjänstgöring under minst 5 år efter erhållen legitimation. Specialistutbildning innebär tjänstgöring under handledning samt kompletterade kurser (Sveriges Läkarförbund, 2009).

Enligt Högskoleförordningens examensordning (SFS 1993:100) ska studenten för att erhålla läkarexamen visa sådan kunskap och förmåga som krävs för läkaryrket. I denna preciseras också målen utifrån tre kunskapsområden: kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt. Studenterna förväntas bl a kunna visa att de har kunskap om det medicinska områdets vetenskapliga grund och att de har insikt i aktuell forskning och utvecklingsarbete. De förväntas också visa kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och detta sambands betydelse för yrkesutövningen. Kunskap om samhällsliga förhållandens påverkan på grupper och individer, kunskap om organisation och ekonomi av betydelse för hälso- och sjukvården samt kunskap om relevanta författningar förväntas studenterna ha. De skall visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten behandla dessa. De förväntas att kritiskt och systematiskt kunna integrera och använda kunskap, samt analysera och bedöma komplexa företeelser, frågeställningar och situationer. Förmåga till lagarbete

och samverkan med andra yrkesgrupper krävs. Värderingsförmåga och förhållnings-sätt innefattar självkännedom och empatisk förmåga. Den blivande läkaren ska alltså kunna visa helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt. De skall även utveckla ett etiskt och professionellt förhållningssätt gentemot patienter och närstående, visa förmåga att identifiera egna behov av ytterligare kunskap och fortlopande utveckla sin kompetens (SFS 1993:100).

Både lärare inom läkarutbildningen och yrkesföreträdare har påtalat betydelsen av att studenter förvärvar tillräckligt yrkeskunnande under utbildningen för att kunna hantera det praktiska arbetet som läkare (Högskoleverket, 2007; Sveriges Läkarförbund, 2009). Dock har såväl lärare som studenter vid några lärosäten upplevt bristande yrkeskunnande hos nyexaminerade läkare (Högskoleverket, 2007). Kliniskt erfarna läkare har haft en central roll i utbildningen av studenter och yngre kollegor, men under senare år har lärarna inom läkarutbildningen i första hand rekryterats utifrån vetenskapliga meriter (Högskoleverket, 2007). Detta innebär att prekliniska lärare ofta saknat klinisk förankring.

Utbildningen och den kliniska vården har förändrats under senare år på sådant sätt att det kan tänkas påverka utveckling av läkares yrkeskunnande. Vården har blivit allt mera tidspressad och specialiserad. Det kan medföra svårigheter för studenter och yngre läkare att träna och utveckla sitt yrkeskunnande. Oron för att dagens studenter inte får möjlighet att utveckla sitt kliniska yrkeskunnande har resulterat i stora satsningar på nya pedagogiska metoder såsom datorsimulering (Mogensen, Löfmark, & Thorell-Ekstrand, 2006). Ny medicinsk teknik har införts i vården och tagit över gamla äldre behandlingsmetoder. Inom vissa specialiteter t ex kirurgi, har detta bidragit till att yrkeserfarna läkare förlorat sin utbildningsfunktion och möjlighet att fungera som modell för yrkesutveckling (Lindgren, 1999).

Vanligen har läkarutbildningen inletts med två prekliniska år som övervägande är teoretiskt inriktade. Därefter kommer tre kliniska år med integrerade teoretiska moment. Sammantaget utgör den kliniska delen ca 2/3 av utbildningstiden (Mogensen et al., 2006). Följaktligen är en stor del av läkarutbildning praktiskt inriktad där studenterna förväntas få klinisk erfarenhet och därmed möjlighet att utveckla sitt yrkeskunnande. Under senare år har läkarutbildningen varit under förändring i Sverige (Lindgren & Danielsen, 2007; Nilsson, 2009; Nordenstrom & Lindgren, 2007) och internationellt (Association of American Medical Colleges, 2009). Motivet är att bättre kunna möta de krav som i dag ställs på läkares yrkeskunnande efter avslutad utbildning. Detta förändringsarbete innebär bl a att den tidigare fokuseringen på kurser, som delar i utbildningen, skiftat till att fokusera kompetenser nödvändiga för en läkare att utveckla fram till slutgiltig legitimation. Förändringen innebär också att teoretiska och kliniska delar integreras tidigt i utbildningen, att olika ämnesdiscipliner är integrerade genom hela utbildningsplanen samt en tydligare progression gällande yrkeskunnande (Lindgren & Danielsen, 2007). En sådan förändring av utbildningen innebär en allt starkare integrering mellan de teoretiska och kliniska delarna i utbildningen och därmed större krav på den kliniska utbildningen att erbjuda ett innehåll som utbildningsplanen förskriver.

I denna avhandling studeras handledning vid klinisk utbildning vid ett av Sveriges största universitetssjukhus. Vid denna läkarutbildning är de första sex terminerna teoretiskt inriktade med korta inslag av yrkespraktik. Den kliniska undervisningen startar i termin sju, alltså under fjärde året i utbildningen.

I avhandlingen fokuseras den kliniska undervisningen under termin åtta (kirurgkursen) (Kursplan, LÄ082K). Studenterna har därmed hunnit skaffat sig en teoretisk kunskapsbas men är relativt oerfarna gällande det kliniska yrkeskunnandet. Kirurgkursen omfattar 30 högskolepoäng och kirurgkursens syfte är:

...att förmedla kunskap och insikt i patofysiologi, diagnostik och behandling av kirurgiska sjukdomar, att den härigenom kan bilda ett bra underlag för fortsatt utbildning fram till läkarexamen (a.a. s.1).

I denna avhandling fokuseras framför allt kandidatundervisningsavdelning (KUA) där studenten var placerad 2 veckor under kirurgkursen. I en utvidgad kursplan (Utvidgad kursplan för kursen i kirurgi) ges även anvisningar för den kliniska utbildningen vid KUA.

På de flesta placeringar finns moment där studenten i varierande omfattning själv tar ansvar i vården. Dit hör t ex *kandidatundervisningsavdelning* (allmänkirurgi), studentmottagning (ortopedi), operationsträning (plastikkirurgi) och jourmottagning ("det vanliga"). Därvid tränas inte bara ämneskunskap utan även mjukare kvaliteter som kommunikation, förhållningssätt, analytisk förmåga och handlingsförmåga. Syftet är flerdigt. Studenten skall tränas i att våga tala om hur hon/han förstår det kliniska problemet. Studenten skall också stimuleras till att reflektera över läkarrollen (a.a. s.1).

Handledning under läkarutbildningen

I den kliniska utbildningen förväntas såväl yrkeskunnande som förhållningssätt att utvecklas hos studenter (Mogensen et al., 2006; Pilhammar Andersson, 1997; Tveiten & Amstrand, 2003; Woolliscroft, 2002). Studenten ges möjlighet att skaffa sig en erfarenhetsbas för att pröva, tillämpa och knyta an till teoretiska kunskaper, träna och utveckla praktiska färdigheter, skapa möjlighet att utveckla och befästa en yrkesidentitet samt skapa möjlighet till en reflekterad yrkesutövning (Mogensen et al., 2006). Handledarens uppgift är att stödja studenten i denna utveckling.

Lauvås och Handal (2001) beskriver utifrån Caplans, tre olika grundformer av handledning; *supervision*¹, *konsultation* och *kollegialt stöd*. I denna avhandling benämns supervision som yrkesmässig handledning (YMH). Med YMH avses handledning som vanligtvis försiggår under en längre tid, mellan en person med viss kompetens och en person utan denna kompetens och där handledaren har ansvar för den handleddes handlande. YMH är yrkesmässig och uppgiftsinriktad och oftast obligatorisk. Skillnaden mellan YMH och *konsultation* är att den senare sker mellan personer på samma kompetensnivå, där handledaren inte har något formellt ansvar för den

¹Inom den engelskspråkiga litteraturen förekommer begreppen supervision, precepting, mentorship ibland synonymt och ibland med specifik betydelse. Det förekommer därmed inte någon enhetlig bild av vart av dessa begrepp (Yonge, Billay, Myrick, & Luhanga, 2007).

andres arbetsuppgift. *Konsultationen* sker efter önskemål och är inriktad på konkreta yrkesmässiga aktiviteter. *Konsultationen* är begränsad i tid eller tills målet för handledningen är uppnått. Sådan handledning innebär inte någon maktrelation dvs råd kan följas eller avvisas. Vad gäller *kollegialt stöd* ligger det nära konsultation men ansvarsfrågan är inte lika väl definierad, den är mer flytande och ska därför förhandlas mellan parterna successivt i handledningen (Lauvås & Handal, 2001). I den handledningssituation som studerats i föreliggande avhandling framträder handledningen som mestadels överensstämmande med YMH. Under handledning ges studenten möjlighet att, efter förmåga, självständigt behandla patienter. Vissa situationer kan övergå i handledning liknade konsultation eller kollegialt stöd. Hur handledningen utformas kan därför antas vara beroende av studentens kompetens, situation, mål och handledarens pedagogiska hållning.

Den kliniska utbildningen har traditionellt byggt på *en mästar-lärling-modell* (Woollicroft, 2002) som ofta följer ett bestämt mönster som utmärks av demonstration och övning. Mästaren visar hur en uppgift skall utföras på ett riktigt sätt, lärlingen övar sig på detta och mästaren korrigerar beteendet tills hon/han blir nöjd (Lauvås & Handal, 2001). Den som får handledning ska tillämpa en praxis som enligt handledare och traditionellt synsätt är den ”rätta”, dvs lära sig det rätta sättet att handla (Bisholt, 2009).

Handledares yrkeskunnande och förhållningssätt får således avgörande betydelse för kvaliteten i en sådan handledning. Mästar-lärlingslärande har kritiserats för att inte vara tillräcklig i professionsutbildningar. Det finns alltid risker att både mindre bra och även otidsenliga sätt att handla och förhålla sig överförs till studenten. För att utveckla ett professionellt yrkeskunnande krävs dessutom kritisk reflektion över arbetet, som bör tränas redan under utbildningen (Gale & Jackson, 1997). Modellens starka betoning på handlande och kulturell anpassning har beskrivits som allt för krävande, vilket kan leda till att lärlingen inte upplever sig klara av yrket (Bisholt, 2009).

I syfte att komplettera och fördjupa det traditionella mästar-lärlingslärandet förespråkar Lauvås och Handal (2001) en *reflektionsmodell*. Övergripande mönster för denna modell är handling i kombination med reflektion. Den reflekterande handledningen har som syfte att skapa möjlighet för studenten att skapa något eget. De säger:

Handledningen syftar i första hand till att klargöra den handleddes val av praxis (plus grundval för detta val) efter att ha fått hjälp med att tänka igenom vad som talat för och emot valet av och hur pass hållbara dessa argument och värdemässiga ståndpunkter är. Därefter genomförs praktiken utifrån den handleddes förståelse och övertygelse (a.a. s.62)

Reflektionsmodellen avser att utveckla den kunskapsmässiga basen för yrkeskunnande. Den handledde skall bli medveten om hur grunderna för yrket ser ut. Lauvås och Handal framhåller möjligheten att kombinera mästar-lärlingslärande och reflektionsmodellen. Vilken modell som väljs får dock konsekvenser för handledningen. När mästar-lärlingslärande används blir handledarens yrkeskompetens mera betydelsefull. I reflektionsmodellen är handledningskvaliteten mera avgörande (Lauvås & Handal, 2001).

Flera forskare lyfter fram reflektionens betydelse i handledning (Eraut, 2000; Molander, 1996; Schön, 1983) i syfte att synliggöra praktiskt yrkeskunnande (Polanyi, 1983; Rolf, 1991). Förutom reflektioner över kognitiva delar, behöver studenterna reflektera och bearbeta känslor, hållning och värderingar (Cruess & Cruess, 2006). Med en reflekterande handledning kan exempelvis förutsättningar för en djupare förståelse skapas för sambandet mellan teori och ett specifikt kliniskt problem eller en praktisk innebörd av ett förhållningssätt.

Betydelsen av att handledaren skapar en trygg handledningssituation har poängterats, så att de som handleds vågar ge sig in i det okända och möta både kognitiva och emotionella utmaningar (Dornan, Boshuizen, King, & Scherpbier, 2007; Irby, 1995; Tveiten & Amstrand, 2003). Lauvås och Handal menar att närhet, omtanken och det personliga är karaktäristiskt för handledning som pedagogisk verksamhet. För att vara framgångsrik som handledare krävs ett genuint intresse för andra människor och tolerans för det oklara och ofärdiga (Lauvås & Handal, 2001). En sådan hållning kan bli särskilt betydelsefull i situationer där läkarstudenter förväntas handla och ta beslut i mötet med sjuka och lidande patienter.

Yrkessocialisation

Yrkessocialisation innebär att studenterna och läkarna förvärvar kunskaper, färdigheter och attityder som utmärker yrket (Berger & Luckmann, 1967). Förvärvandet av yrkeskunnande kan således ses som en process där förhållningssätt kopplade till yrket successivt internaliseras. Denna process är nödvändig för att utveckla den professionella rollen (Howkins & Ewens, 1999; MacIntosh, 2003).

Inom arbetslivet sker yrkessocialisationen och yrkesidentiteten utvecklas (Berger & Luckmann, 1967). Under läkarutbildning socialiseras studenterna in i den rådande vårdkulturen med dess traditioner, normer och värderingar som utmärker yrket. Inom denna kultur skapas regler för vad som får göras och hur patienter skall bemötas t ex lämplig klädsel för läkare och hur kommunikation ska föras. I denna avhandling studeras handledning i en specifik vårdkultur, nämligen den kirurgiska vården.

Yrkessocialisation påbörjas då studenten börjar sin utbildning och sker i olika faser. Enligt Kelman internaliseras en grupps åsikter och attityder hos en individ i olika steg. I den första fasen kallad, ”Compliance”, startas en sådan internalisering och studenten tillåter sig att påverkas. De ser det nya sättet av vara som ett medel att uppnå fördelar. För studenten innebär det, t ex att kunna få tillträde till att praktisera läkaryrket, få hjälp, stöd och erkännande. I denna fas är de inte medvetna om att jaget berörs av förändringen. I den andra fasen, ”Identifikation”, väljer individen vad de själva önskar imitera från den givna modellen. De väljer då åsikter och attityder som ger en egen tillfredsställelse i relation till grupper eller viktiga personer. Attityder anammas i syfte att kunna agera med andra. Individen anammar attityder och åsikter, inte för att hon/han tror på dem utan för att själv dra nytta av dess fördelar (Kelman, 1961). I denna fas finns en risk att studenten hamnar i en värdekonflikt mellan andras förväntningar och den egna uppfattningen. Den sista fasen, ”Internalisation”, uppnås då studenter tror på nya begrepp, attityder och åsikter och har internaliserat dem med egna värde-

ringar och jag-uppfattning. Individerna har anammat åsikter och attityder för att de är användbara, för att kunna lösa ett problem eller en fråga (Kelman, 1961). Yrkessocialisationen är inte avslutad i och med att utbildningen är färdig utan pågår under fortsatt yrkesutövande. Hur långt studenten hinner socialiseras in i yrket kan vara avhängigt av exempelvis tidigare erfarenheter och personlighet.

Handledningen syftar således till att studenten ska anta värderingar associerade med läkaryrket. Inom läkarprofessionen framhålls t ex altruism, ärlighet, medkänsla och integritet som viktiga och fundamentala i läkarens yrkesutövning (Smith, 2005). En läkare förväntas upprätthålla yrkesmässig kompetens, följa tystnadsplikten, sträva mot att förbättra kvalitén i vården, förbättra tillgången till vård, tillhandahålla kostnadseffektiv vård, använda vetenskaplig kunskap och hantera motstridiga intressen i vården. Sådana förhållningssätt anses betydelsefulla för att läkaren skall kunna upprätthålla både patienters och samhällets förtroende (ABIM, 2003). Smith anser att det finns en generationsskillnad i synen på hur exempelvis altruism och arbetsengagemang förväntas realiseras i yrkesutövningen (Smith, 2005). Även kön (Johansson & Hamberg, 2007) och medicinsk specialitet (Park, Minor, Taylor, Vikis, & Poenaru, 2005) har visat sig ha inverkan på hur förhållningssätt förväntas komma till uttryck hos läkare. Inom varje verksamhet finns dolda eller underförstådda regler för vad som anses vara passande. Begreppet "hidden curriculum" (Hafferty, 1998) har använts för att beskriva förhållningssätt som faller utanför utbildningsplaner i utbildningen. Genom påtryckningar och begränsningar som ofta är oreflekterade och utforskade överförs förhållningssätt till studenter (Cribb & Bignold, 1999; Hafferty, 1998). Detta förmedlar sig att en uppsättning oavsiktliga förhållningssätt förmedlas under utbildningen (Howe, 2002).

I den kliniska utbildningen, kommer således läkarstudenten att möta förhållningssätt som har sitt ursprung inom yrkeskåren såväl i den medicinska specialiteten som bland företrädare för olika generationer. Förhållningssätten kommer framför allt att framträda i mötet med handledare men även i mötet med annan personal. Förhållningssätten kan antingen vara direkt uttalade och/eller komma till uttryck i handling. Därför blir interaktionen mellan handledare och student särskilt betydelsefull i yrkessocialisationsprocessen (Pilhammar Andersson, 1997).

Från novis till expert - en utveckling av yrkeskunnande

Dreyfus och Dreyfus anser att det går att urskilja fem steg eller stadier i utveckling av yrkeskunnande, nämligen novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert (Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1986). Dreyfus och Dreyfus modell har använts för att beskriva såväl sjuksköterskors (Benner, 1984) som läkares yrkeskunnande (Carraccio, Benson, Nixon, & Derstine, 2008). Modellen illustrerar en utveckling från ett regelstyrt (novis) till ett mera situationsanpassat handlande (expert). Detta innebär en övergång från att vara hänvisad till regler och rutiner till att se vad som måste göras utan att behöva kalkylera över alternativa lösningar. *Novisen* har ringa erfarenhet av situationen och styrs därför av regler. De är också osäkra på vad som är mest relevant och deras handlande är därför mindre anpassat till den givna situationen. Den *avancerade nybörjaren* börjar kunna urskilja de återkommande och betydelsefulla bestånds-

delarna och kan därmed uppvisa nätt och jämt godtagbara prestationer. För att klara detta krävs erfarenheter av verkliga situationen. Den avancerade nybörjaren har inte möjlighet att uppfatta hela situationer. Situationen är fortfarande ny och dessutom måste de koncentrera sig på att minnas regler de lärt sig. De lär in och använder sig av steg-för-steg listor för att kunna handla. Den *kompetente* börjar kunna se sina handlingar i ljuset av mera långsiktiga mål och planer. Därmed börjar de kunna urskilja vad som är det viktiga att fokusera i situationen. Den kompetente har en mera medveten och avsiktlig planering i sitt handlande. Den *skicklige* uppfattar situationen som en helhet, då de uppfattar situationens betydelse med hänseende till långsiktiga mål. Den skicklige kan urskilja när den förväntade, normala bilden inte infinner sig. Genom att kunna se helhetsbilder blir beslutsfattandet mindre ansträngt. *Experten* förlitar sig inte längre på analytiska principer för att knyta ihop sin förståelse av situationen med en lämplig åtgärd. De använder sin erfarenhetsgrund och kan slå ner mitt i det aktuella problemområdet, utan att slösa tid på att välja mellan ett antal ofruktbara alternativa diagnoser eller lösningar. *Experten* har förmåga att sammanställa betydelsen i regler till en helhet och samtidigt ställa en sådan betydelse i relation till situationens innebörd och handla därefter. *Experten* vet snabbt vad som är mest centralt (Benner, 1984).

Modellen är inriktad på praktisk förståelse för den kliniska situationen, som Dreyfus och Dreyfus anser nödvändig för att kunna handla på ett insiktsfullt sätt (Dreyfus & Dreyfus, 1996). De gör en skillnad mellan kvalificerade presentationer som kan läras in via principer och teori i ett klassrum och de kontextberoende omdömen och färdigheter som endast kan uppnås i verkliga situationer. Dreyfus och Dreyfus (1996) kallar denna praktiska kunskap för *intuition*. De skriver:

The ability to recognize an agitated individual or to distinguish cars from other moving objects on the road, as we have said, seems explainable in terms of brain process, but not in terms of rule-based reasoning. In what follows we shall use the term "intuition" when writing of this ability. Intuition, as we understand it and use it, is neither wild guesses nor supernatural inspiration, but sort of ability, explaining in psychological terms, that we use all the time as we go about our everyday task (a. a. s 38).

Därmed menar Dreyfus och Dreyfus att intuition är en kognitiv process som människan använder sig av i dagliga situationer, men som har lite att göra med regelbaserat tänkande (Dreyfus & Dreyfus, 1996).

Benner menar att modellen återspeglar förändring i tre allmänna aspekter av kvalificerade prestationer, nämligen; 1) en förskjutning från ett beroende av teoretiska (abstrakta) principer till användning av tidigare erfarenheter, 2) en förändring av uppfattningen av vad den givna situationen kräver, dvs från att se situationen som bestående av en uppsättning lika betydelsefulla delar till en helhet där bara vissa delar har betydelse och 3) en övergång från fristående observatör till deltagande utövare (Benner, 1984). Modellen lyfter fram perception och beslutsfattande och kan förklara hur novis respektive expert tar sig an sitt arbete och är inte en bedömning av hur väl arbetet utförs. Eraut kritiserar modellen och menar att den lämnar två viktiga frågor obesvarade dels problemet med att experter inte är ofelbara, dels vilka delar av yrkeskunnande som verkligen kan beskrivas utifrån modellen (Eraut, 2000). Likaså påpekar Molan-

der att det är sällan något görs intuitivt, utan det finns en reflektion eller borde finnas reflektion även över rutiner (Molander, 1996).

Skillnader mellan novisens och expertens yrkeskunnande får betydelse i handledning av studenter, där en expert undervisar en novis (Benner, 1984). I verksamheten arbetar både mindre erfarna och mera erfarna läkare. Hur dessa grupper särskiljer sig kan ge information om hur yrkeskunnande utvecklas och förändras med större klinisk erfarenhet.

Ovan har beskrivits hur yrkeskunnande utvecklas och förändras i den kliniska situationen med allt större yrkeskunnande. Förhållningssätten som används av yrkesutövaren kan på olika sätt komma till uttryck i individens uttalande och handlingar (Thång, 1984). Förhållningssätt är enl. Thång (1984):

...en disposition att handla gentemot ett bestämt fenomen eller objekt och inbegriper en strävan (jfr begreppet intention) att utföra konkreta och/eller mentala handlingar eller att åstadkomma något man finner önskvärt eller riktigt (a.a. s 52)

Sådana förhållningssätt kan därmed förväntas komma till uttryck i kliniska ställningstaganden. Mot bakgrund av detta kan vi vänta oss att läkarnas yrkeskunnande har betydelse för hur kliniska ställningstaganden framträder i handledning och i klinisk verksamhet.

Kliniska ställningstaganden - en komponent i yrkeskunnande

Kliniska ställningstaganden och beslutsfattande har en framträdande och avgörande roll i kliniskt handlande. Vid kliniska ställningstaganden värderar läkaren information och tar beslut om diagnoser och vård (Sefton, Gordon, & Field, 2008). Läkare under specialistutbildning framhåller vikten av att utveckla förmågan att ta beslut och arbeta självständigt (Skyvell Nilsson, Knutsson, Samuelsson, Lönnroth, & Pilhammar Andersson, 2006). Den yrkesverksamme läkaren ställs inför mycket varierande beslutssituationer i sitt yrkesutövande. Det kan vara val av vårdgivare, behandling, diagnostik, upprätthållande av behandling, mm. Beslutsunderlaget är ofta begränsat i den specifika situationen. Forskningen har visat att kliniska ställningstaganden är komplexa och inbegriper osäkerhet. De är ofta unika och inkluderar även etiska och moraliska överväganden. Detta har lett till förståelse för betydelsen av det praktiska yrkeskunnandet (Schön, 1983) och expertkunnande (Benner, 1984; Dreyfus et al., 1986). Med expertkunnande finns möjligheten att urskilja det komplexa och unika i beslutssituationer (Benner, 1984; Schön, 1983).

Kliniska ställningstaganden (*clinical judgments*) som begrepp förekommer ofta synonymt med *clinical reasoning* i litteraturen. I denna avhandling översätts därför *clinical reasoning* till kliniska ställningstaganden och begreppen behandlas synonymt. Kliniska ställningstaganden beskrivs vanligtvis som kognitiva processer, exempelvis hypotes-deduktiva resonemang (Elstein, Shulman, & Sprafka, 1979), *pattern recognition*

(Groen & Patel, 1985), *illness scripts* (Schmidt, Norman, & Boshuizen, 1990) och *knowledge reasoning integration* (Boshuizen & Schmidt, 1992). Forskare har också påvisat interaktiva processer beträffande sättet att genomföra kliniska ställningstaganden, t ex att överväga sannolikheter av patienters svar på behandling, trolig effekt av behandlingar, användandet av berättelser (från tidigare eller nuvarande patienter) och att göra etiska övervägande (Higgs & Jones, 2008).

Higgs och Jones (2008) betonar att kliniska ställningstaganden är ett kontextuellt fenomen snarare än en specifik process och ger följande definition av kliniska ställningstaganden;

Clinical reasoning (or practice decision making) is a context-dependent way of thinking and decision making is a professional practice to guide practice actions. It involves the construction of narratives to make sense of the multiple factors and interests pertaining to the current reason tasks. It occurs in a set of problem spaces informed by the practitioner's unique frame of references, workplace context and practice model, as well as by the patients or clients contexts. It utilizes core dimensions of practice knowledge, reasoning and metaconditions and draws on these capacities in others. Decision making within clinical reasoning occurs at macro, micro and meta levels and may be individually or collaboratively conducted. It involves metaskills of critical conversation, knowledge generation, practice model authenticity and reflexivity (a. a. s. 4).

Definitionen understryker att kliniska ställningstaganden guidar praktikerns handlingar. Kliniska ställningstaganden är kopplade till den egna professionen, innefattar en konstruktion som påverkas av den professionelles preferenser, kunskaper, erfarenheter, rutiner samt patienter och sammanhang. I denna avhandling ses det kliniska ställningstagandet utifrån hur det skapar mening för studenten och läkaren vilket inkluderar både kognitiv och interaktiva processer.

För att förstå kliniska ställningstaganden har framför allt experters kunnande belysts. Ett sådant kunnande anses både tidsödande och krävande att utveckla (Higgs, 2008). För att utveckla denna förmåga förväntas studenten kunna sortera ut viktig och avgörande information i mötet med patienter. Sådan klinisk information är ofta osorterad, sammansatt (kliniskt, socialt, emotionellt och personligt) och kan vara osäker. Samtidigt har studenten begränsad kunskap, är ofta osäker i kommunikationen i mötet med patienter och i hur hon/han ska söka efter information (Sefton et al., 2008). Basal biomedicinsk kunskap måste länkas till klinisk och epidimologisk information (Boshuizen & Schmidt, 1992). För att kunna vårda patienter krävs också en empatisk förståelse för patienternas perspektiv och behov (Sefton et al., 2008). Handledaren har därmed en viktig roll att stödja studenten i en sådan utveckling. Handledaren bör inte bara visa på sätt att resonera utan också hjälpa studenten att identifiera relevant och nödvändigt innehåll och visa på effektiva sätt att kunna ta fram sådana data (Sefton et al., 2008). I klinisk utbildning har exempelvis tekniker som mallar, algoritmer, tidig yrkeskontakt, reflektion och återkoppling och problembaserat lärande (PBL) använts i syfte att stödja denna utveckling hos studenten (Sefton et al., 2008).

Tidigare forskning

Handledning

Här redovisas forskning som har betydelse för avhandlingens innehåll. Därmed har inte forskning gällande utvärdering av specifika utbildningsinsatser och handledning av redan färdigutbildade läkare (residents) tagits upp. En dominerande del av tidigare forskning har utgått från studenters perspektiv. Studierna i denna genomgång är hämtade från Canada, Nederländerna, U.K., U.S.A. och Sverige.

Handledningens syfte och genomförande

Flertalet studier beskriver studenters värderingar av den kliniska utbildningen. Den kliniska utbildningen skapar möjlighet att utveckla klinisk kompetens, praktisera och utveckla etiska förhållningssätt och att arbeta evidensbaserat (Elnicki, Kolarik, & Bardella, 2003). Att få möjlighet att delta i det dagliga arbetet är betydelsefullt för utveckling av yrkeskunnande (Dornan et al., 2007; Fernando et al., 2007). Även möjligheten för studenter att praktisera och utveckla humanistiska värden och förhållningssätt under klinisk utbildning har beskrivits av flera forskare (Beaudoin et al., 1998; Cote & Leclere, 2000; Elnicki et al., 2003; Weissmann, Branch, Gracey, Haidet, & Frankel, 2006). En grounded theory-studie visar att, studenter utöver kunskap och kompetens har behov av att utveckla självförtroende och en känsla av professionell identitet. Därtill behöver de bevara sin motivation. Dessa delar hör ihop och förstärker varandra och är samtliga nödvändiga för att utveckla yrkeskunnande (Dornan et al., 2007).

Genom att interagera med annan personal, observera andras handlande och vara delaktig i arbetet med patienter utvecklas yrkeskunnande (Dornan et al., 2007). Att vara med i vårdarbetet, få formulera en bedömning, göra planer för patienter som sedan presenteras för handledaren, som ger återkoppling, har skattats som betydelsefullt för lärande i klinisk undervisning (Torre, Sebastian, & Simpson, 2003). Studenter har också beskrivit hur de uppskattar hjälp med att knyta ihop teori med praktik (Dornan et al., 2007).

Studenter bedömer handledning inför patienter som värdefull ("bedside undervisning"). En sådan handledning anses kunna bidra till att utveckla kompetens, som exempelvis att kommunicera med patienter. Sådan handledning är dock förknippad med flera problem, t ex att behålla respekt för patienter, tidsbegränsningar och risken att som student bli förödmjukad inför patienter (Williams, Ramani, Fraser, & Orlander, 2008). Andra studier har visat att studenter inte värderar så kallad "bedside" undervisning (Schultz et al., 2004).

Få studier beskriver handledarens perspektiv och vad hon/han anser att studenten skall lära och hur sådant lärande ska ske i klinisk utbildning. En studie visar dock att handledare anser att studenter bör få möjlighet att ta hand om och sköta patienter så självständigt som möjligt. Studenter utvecklas till kvalificerade läkare genom att träna att sköta så många patienter som möjligt (Seabrook, 2003).

Handledarens sätt att agera

I en etnografisk studie framkom att handledare medvetet använder sig själva som förebilder för att demonstrera professionella och humanistiska förhållningssätt (Weissmann et al., 2006). En annan studie fann att handledare har svårt att beskriva hur sådana viktiga förhållningssätt ska demonstreras för studenter. Handledare visar därmed en otydlighet i vad studenter ska lära (Cote & Leclere, 2000). Studenter har också beskrivit att flertalet handledare, under den kliniska utbildningen, inte alltid upplevs som goda förebilder i bemötandet av patienter (Beaudoin et al., 1998).

Studenter har i flera studier beskrivit att handledarens beteende och engagemang har betydelse för lärandet i klinisk utbildning (Dornan et al., 2007; Elnicki et al., 2003; Lempp & Seale, 2004; Martens et al., 2009; Schultz et al., 2004). I en multivariatanalys framkom fyra värdefulla handledarbeteende för studenters lärande. Handledare skall vara kunniga och inspirerande gällande den medicinska kunskapen, kunna förklara grunderna för beslut och ställningstaganden, behandla studenter med respekt och kunna fungera som förebilder (Elnicki et al., 2003). En handledare som är positiv, uppmuntrande, motiverande, visar engagemang i kommunikation med studenter, patienter och kollegor värderas högt av studenter (Lempp & Seale, 2004). Att ge återkoppling och att vara villig att diskutera ställningstaganden och delegera ansvar gynnar lärandet (Schultz et al., 2004). Handledarens positiva bemötande har visat sig gynna möjligheten till djupinläring (Delva, Schultz, Kirby, & Godwin, 2005). Studenterns behov i handledningen förändras också i takt med klinisk erfarenhet (Schultz et al., 2004; Williams et al., 2008).

Få studier beskriver läkares syn på sin roll som handledare. En studie visar dock hur handledare framträder som förebilder i syfte att överföra professionella och humanistiska förhållningssätt till studenten (Weissmann et al., 2006). Handledarnas pedagogiska medvetenhet beskrivs som begränsad. En intervjustudie visade att handledare i stor utsträckning handleder som de själv blivit handledda. Egna förebilder anses viktiga för handledarnas utveckling av lärarrollen. Förståelse för vuxnas lärande har de framför allt skaffat sig genom erfarenheter med studenter och genom mötet med patienter. De säger sig ha stor erfarenhet av handledning men handledningen är sällan utvärderad. Pedagogisk forskning används sällan för att utveckla handledarkompetens (MacDougall & Drummond, 2005). I en annan studie framkom att utveckling av handledningen i huvudsak sker genom självreflektion (Weissmann et al., 2006). Seabrook fann att handledare är omedvetna om hur lärande hos studenten skall gå till (Seabrook, 2003).

Övergång från teoretisk till praktisk utbildning

Övergången från teoretisk till klinisk utbildning upplevs som bekymmersam av många studenter, bl a svårigheter att knyta sitt teoretiska kunnande till det praktiska arbetet och att utveckla den professionella rollen (Prince, Boshuizen, van der Vleuten, & Scherpbier, 2005; Radcliffe & Lester, 2003). Stress relaterat till undervisningsformer i klinisk utbildning har beskrivits. Studenter förväntar sig samma undervisning som under prekliniska kurser, men handledningen baseras på ett mästar-lärlingslärande

som kräver ett engagemang av dem i det kliniska arbetet (Seabrook, 2004). Studenter som känner sig värdelösa, oförmögna och har tappat självförtroende i den kliniska utbildningen, skildras (Dornan et al., 2007). Studenterna upplever att de inte kan bidra till patientvården på grund av sina bristande kunskaper (Radcliffe & Lester, 2003). De beskriver sin förfäran över att de första åren på utbildningen (prekliniska) inte förberett dem bättre kunskapsmässigt för den kliniska utbildningen (Seabrook, 2004). De har också svårigheter att använda sin teoretiska kunskap och upplever sig ha kunskapsluckor gällande medicinska baskunskaper (Prince et al., 2005).

Värden och förhållningssätt inom vårdkulturen

Studiemiljön under klinisk utbildning beskrivs som betydelsefull för studenters lärande. Undervisningen upplevs effektivare om de får vara delaktiga och tillhöra en gemenskap (Dornan et al., 2007; Seabrook, 2004). Studenters upplevelse av att vara anonyma, ignorerade eller att ingen tar sig an dem har framkommit (Radcliffe & Lester, 2003). Seabrook har i en longitudinell etnografisk studie beskrivit, läkarstudenters erfarenhet av den första tiden i klinisk undervisning. De känner sig i vägen och är osäkra på vad som förväntas av dem (Prince et al., 2005; Seabrook, 2004). Studenter anger också brister gällande tydliga lärandemål och vilken kompetensnivå de förväntas uppnå (Radcliffe & Lester, 2003).

Seabrook beskriver hur studenter är tvungna att hantera den rådande hierarkin inom vårdkulturen. De upplever att de är på botten av denna hierarki och förväntas anpassa sig till handledarens sätt att agera, snarare än att utveckla sin individualitet. De förväntas inta en självsäker attityd även om de känner sig osäkra (Seabrook, 2004). En annan studie beskriver hur hierarkin inom organisationen befästs genom att studenterna under utbildningen är utsatta för förödmjukande behandling. Detta sätt att agera gentemot studenter är mera vanligt förekommande hos seniora läkare. Studien visar också att studenten ofta tar på sig ansvaret för sådant uppförande hos seniora läkare (Lempp & Seale, 2004). Studenter beskriver stress när de blir kontinuerligt utfrågade eller när handledaren förväntar sig att de ska kunna sådant de ännu inte har lärt sig. Situationer där de blir utskällda och förödmjukade beskrivs också (Seabrook, 2004)

Att lära sig att tänka och uppföra sig som en läkare framställs som problematiskt. Flera studenter beskriver detta som att formas till läkare (Radcliffe & Lester, 2003; Seabrook, 2004) och att deras erfarenheter och kunskaper sällan erkänns av handledare (Seabrook, 2004). Icke vita studenter redogör för hur de behandlas annorlunda och kvinnliga studenter har beskrivit att de inte behandlas med samma respekt som manliga studenter (Seabrook, 2004). Skillnader i bemötande mellan specialiteter har också skildrats (Seabrook, 2004). Upplevelse av sexuella och genusrelaterade trakasserier mot läkarstudenter i form av nedsättande kommentarer och skämt beskrivs från klinisk utbildning (Larsson, Hensing, & Allebeck, 2003).

Sjuksköterskors bemötande är skildrad som avvisande, när de förvägrar studenterna tillträde till vissa situationer, men även som mycket hjälpsamt och tillmötesgående. Sjuksköterskan spelar en viktig roll för studenternas lärmiljö och kan vara till stöd för dem men de kan också hindra studenterna i deras utveckling. (Dornan et al., 2007). Spänningar mellan studenter och sjuksköterskor har framkommit i flera studier (Dornan et al., 2007; Lempp & Seale, 2004; Seabrook, 2004).

Kliniskt ställningstagande

Forskning om kliniska ställningstaganden presenteras nedan dels utifrån kognitiv psykologi, dels i relation till omgivning och värderingar.

Kliniskt ställningstagande inom kognitiv psykologi

Elestein har visat att läkare löser ett diagnostiskt problem genom att skapa en eller flera diagnostiska hypoteser och söker sedan efter information för att konfirmera eller avvisa dessa. Detta sätt att resonera har visat sig gälla för både novis och expert (Elstein et al., 1979). Ett särdrag gällande experter är att de oftast skapar *en* hypotes och samlar sedan data för att konfirmera denna preliminära hypotes. En sådan process har kallats *forward reasoning*, där induktiva data leder till en specifik lösning (Patel, Groen, & Frederiksen, 1986). Detta sätt att känna in en sjukdomsdiagnos är snabb och föregås inte av något analytiskt resonemang. För att förklara detta fenomen har benämning som *non-analytical reasoning* (NAR) eller *pattern recognition* använts. Detta sätt att uppfatta en situation har sitt ursprung i att man känner igen något (visuella likheter) eller att man hört något liknade (verbala likheter). Läkaren använder därmed likheter från tidigare erfarna situationer eller exempel, för att lösa ett diagnostiskt problem. Detta sätt att resonera har förklarats genom psykologiska teorier som exempelvis prototyp-teori och exempel-teori (Norman, Young, & Brooks, 2007). Studier har också visat att både experter och noviser använder detta sätt att göra diagnostiska hypoteser (Norman et al., 2007) men att experter genererar sådana hypoteser bättre och snabbare (Neufeld, Norman, Feightner, & Barrows, 1981).

Andra forskare har visat att experter äger ett stort och omfångsrikt kunnande kring ett område och som kan användas vid behov. En sådan kunskap utvecklas och förändras stegvis (Schmidt et al., 1990). Studier där studenter och läkare med olika erfarenhetsnivåer studerats har visat att mindre kliniskt erfarna studenter fokuserar isolerade tecken och symtom och försöker att relatera dessa tecken till sitt patofysiologiska kunnande. Lite mera erfarna studenter har förmåga att komma ihåg många detaljer från en klinisk situation, en så kallad *intermediate effect*. Dessa studenter använder också mer information hämtad från baskunskaper (t ex psykologi, biokemi och anatomi) i syfte att förklara tecken och symtom hos patienter. Användandet av medicinsk baskunskap har visat sig vara mer eller mindre frånvarande i experters kliniska ställningstaganden. Experten har byggt upp ett nätverk av kunskap kring sjukdomstillstånd eller fenomen som de använder sig av. Den basvetenskapliga förståelsen beskrivs som *encapsulated knowledge* (inkapslad) i en sådan förståelse. Studien visar en minskning i användande av biomedicinsk kunskap med allt större erfarenhet (Boshuizen & Schmidt, 1992). En studie, där studenter i olika stadier i sin kliniska utbildning jämförs med medicinläkare, visade att med mera klinisk erfarenhet presenteras mera genomtänkta, kvalitativt bättre och mera friktionsfria beskrivningar av kliniska fenomen och begrepp (van de Wiel, Boshuizen, Schmidt, & Schaper, 1999). Expertens sätt att uppfatta situationen benämns *illness script*. *Illness scripts* är kognitiva enheter som innehåller relativt lite information om patofysiologiska orsaker till sjukdom och besvär, men är rika på information om sjukdomar, sjukdomars konsekvenser och i vilka sammanhang de utvecklas, dvs en produkt av en växande erfarenhet om hur sjukdomar kommer till uttryck i dagligt liv (Schmidt et al., 1990).

Kliniska ställningstaganden i relation till omgivning och värderingar

Exempel på studier som fokuserar kontextens påverkan på kliniska ställningstaganden finns beskrivet i litteraturen. I en studie med syfte att studera läkares sätt att resonera kring diagnostisering och handhavande av akut blidtarmsinflammation framkom att icke medicinska faktorer, t ex psykosociala, organisatoriska och personliga faktorer, hade betydelse och övervägdes (Skyvell Nilsson & Wenestam, 2006).

Experters etiska ställningstagande har studerats genom att använda en ”tänka-högt”-metod, där processen identifierats och komponenter i etisk problemlösning beskrivits. Experter har en organiserad kunskapsstruktur och överväger relevanta variabler i processen för att nå etiska beslut. Resultat visar att expertis gällande etiska ställningstaganden framför allt visar sig i sättet att resonera (Tsai, Harasym, Coderre, McLaughlin, & Donnon, 2009).

I en etnografisk studie framkom att experter inom anesthesi använder olika kunskaper vid kliniska ställningstaganden, t ex praktisk, social, teknisk och teoretisk. Den anesthesiologiska experten kan hantera situationer tekniskt men har också förmåga att förstå och hantera förändringar och osäkra tillstånd hos patienten (Smith, Goodwin, Mort, & Pope, 2003).

SYFTE

Det övergripande syftet med studierna var att beskriva handledning av läkarstudenter under klinisk utbildning samt professionella förhållningssätt i samband med läkares kliniska ställningstaganden.

ÖVERGRIPANDE TEORETISKT PERSPEKTIV

Symbolisk interaktionism

Perspektivet för denna avhandling tar sin utgångspunkt i Blumers (1969) tre premisser för den symboliska interaktionismen. Den första premissen innebär att människor agerar mot människor och ting i världen beroende på vilken mening de har för personen i fråga. Den andra premissen innebär att en sådan mening utvecklas eller växer fram i social interaktion med medmänniskor, dvs människor lär sig beteendemönster och sätt att förstå en företeelse genom den grupp de själva tillhör och verkar i. Den tredje premissen, säger att dessa meningar hanteras och modifieras i mötet med företeelsen och genom en individuell tolkningsprocess (Blumer, 1969). Därmed konstruerar människan sin värld utifrån sin egen uppfattning av världen. En sådan konstruktion av den externa världen byggs upp genom perception och tolkning av den. Detta innebär att världen existerar oberoende av människans uppfattning av den, men det är den enskilda människans uppfattning av den värld i vilken hon existerar som påverkar beteende. Människor skapar den värld de lever genom sina erfarenheter (Trost & Levin, 2004). Utifrån ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv är det personernas mening och förståelse av den värld de lever i som studeras. Detta innebär ett val av forskningsmetoder som ger möjlighet att beskriva en sådan mening och förståelse hos såväl handledare som yrkesverksamma läkare.

Utifrån ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv kan utveckling av en yrkesidentitet ses utifrån hur individer formar "ett själv" i förhållande till andra i en yrkespraktik (Mead & Morris, 1934). En sådan utveckling av "självet" sker i två steg. I det första steget formar individen föreställningar om sig själv och andra och i det andra steget formas attityder till världen i stort. Mead och Morris (1934) skriver:

I have pointed out, then that there are two general stages in the full development of the self. At the first of these stages, the individual self is constituted simply by an organization of the particular attitudes of other individuals towards himself and toward one other in the specific social act in which he participates with them. But at the second stage in full development of the individual's self that self is constituted not only by an organization of these particular individual attitudes, but also by an organization of the social attitudes of the generalized others or the social group as a whole to which he belongs (a. a. s 158).

Människan utvecklar sitt intellekt både i interaktion med sig själv och med andra människor (Blumer, 1969). Genom kontakt med *specifika andra* och/eller *generaliserande andra* utvecklas människan (Mead & Morris, 1934). Speciellt viktiga personer i en socialisationsprocess är de som ges rollen av *specifika andra*. Handledaren och andra kollegor kan vara sådana personer. *Specifika andra* kan variera över tid och med större yrkeskunnande och erfarenhet kan exempelvis kollegor eller patienter utgöra sådana viktiga personer. Människor som är bärare av gemensamma normer, värderingar och attityder som utmärker kulturen beskrivs som *generaliserade andra*. Dessa personer kan bytas ut och variera. I interaktion med *generaliserade andra* överförs och internaliseras således normer och värderingar hos studenten och mindre erfarna läkare.

I denna avhandling studeras två olika kulturer inom hälso- och sjukvården, nämligen den kirurgiska och den medicinska. Det är också ur två olika sammanhang som yrkeskunnandet belyses, nämligen handledning och kliniska ställningstaganden. På så vis breddas och fördjupas förståelse för det yrkeskunnandets utveckling och manifestation hos studenter och läkare.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Delarbete I-III, bygger på en *etnografisk studie*, med syfte att beskriva hur handledningen gestaltar sig. Delarbete IV, bygger på en *intervjustudie* med syfte att beskriva junior och seniora läkares professionella förhållningssätt vid kliniska ställningstaganden.

I detta avsnitt beskrivs de metodologiska överväganden som gjorts utifrån studiernas och delarbetenas forskningsfrågor. Inledningsvis visas en översikt (Figur 1) över de fyra artiklar som ligger till grund för denna avhandling.

<i>Artikel</i>	<i>Huvudsakligt innehåll</i>	<i>Design</i>	<i>Datainsamlingsmetod</i>	<i>Urval/kontext</i>	<i>Metod/analys</i>
I	Beskrivning av vad som görs till innehåll under handledning.	Deskriptiv	Observation och informella intervjuer	27 kliniska handlednings-situationer, under kirurgkurs termin 8, med kliniska lärare (n=12) och läkarstudenter (n=9)	Etnografisk analys
II	Beskrivning av förhållningssätt i klinisk handledning	Deskriptiv	Se ovan	Se ovan	Etnografisk analys
III	Beskrivning av pedagogiska strategier i klinisk handledning	Deskriptiv	Se ovan	Se ovan	Etnografisk analys
IV	Beskrivning av variationer mellan juniora och seniora läkares professionella förhållningssätt vid kliniska ställningstaganden	Deskriptiv	Intervju utifrån kritiska händelser (CIT)	Seniora läkare (n=9) och juniora läkare (n=9) inom intern-medicinsk specialitet	Kvalitativ innehålls-analys

Figur 1. Översikt av i avhandlingen ingående artiklar.

Artikel I-III

Etnografi

Trainerande av yrkeskunskap och förhållningssätt är vanligt inom praktiska yrken (Lauvås & Handal, 2001), tex läkarutbildningen. Klinisk utbildning och handledning förekommer i en kulturell kontext. Handledning pågår ständigt och styrs till stor del av arbetsprocessen och sker många gånger omedvetet. Att studera klinisk utbildning innebär således att studera något som ofta är taget för givet, är situationsberoende och inte alltid reflekterat och kan därför vara svår att verbalisera (Pillhammar Andersson, 1997).

Utifrån symbolisk interaktionism förklaras mänsklig verksamhet i det sammanhang som den äger rum. Människor och miljöer ses som en enhet där människors känslor och handlingar påverkas direkt och indirekt av omgivningen och vice versa (Blumer, 1969). Detta synsätt får konsekvenser för hur forskning genomförs, dvs att människor studeras utifrån de sammanhang de fungerar och interagerar i. Det blir därmed viktigt att fokusera vad som händer i mötet mellan handledare, student och annan personal.

Genom etnografien, där forskaren är närvarande i verksamheten, skapas möjlighet att studera interaktioner i vardagspraktiken och att ställa frågor om betydelse och tolkningar (Pilhammar Andersson, 2008). Den etnografiska metoden kan beskrivas som ett systematiskt sätt att observera, beskriva, dokumentera och analysera livssätt och mönster i en kultur eller subkultur (Hammersley & Atkinson, 2007). Traditionellt har den etnografiske forskaren ägnat långa tider åt fältarbete. Jeffrey och Troman menar att den ”etnografiska tiden” inte enbart behöver ses som en lång och utdragen tid i fältet före sammanställning av data. De framhåller möjligheten att använda ett selektivt intermitterande angreppssätt. Detta angreppssätt kännetecknas av en mera begränsad tid på fältet (mellan tre månader upp till ett par år) där forskaren inte är ständigt närvarande. Tiden på fältet avgörs av hur forskningen utvecklas, dvs när det som observerats upprepar sig och bekräftas av tidigare analyser (Jeffrey & Troman, 2004). Frekvensen av observationer avgörs utifrån forskarens val av fokus och val av händelser. Forskaren är tydlig med att specificera vad som ska studeras (här handledning) och är kontinuerligt selektivt gällande vilka situationer och människor hon/han tillbringar tid med. Forskaren går först ut brett i syfte att bli familjär med fältet och riktar sedan successivt uppmärksamheten mot de situationer som är specifikt rika på information (Jeffrey & Troman, 2004). Genom att skapa tid för reflektion och dialog i forskargruppen mellan observationer, skapas också möjlighet till att kontinuerligt fördjupa förståelsen för det som studeras.

För att bilda data deltar den etnografiska forskaren i människors dagliga liv för att se vad som händer och lyssna till vad som sägs. I samband med observationer kan också frågor ställas för att få förklaringar till det observerade (Hammersley & Atkinson, 2007). Fältanteckningar är den traditionella formen att dokumentera data från observationer och samtal inom etnografien (Hammersley & Atkinson, 2007). Litteraturen visar på olika sätt att föra fältanteckningar (Beach, 2005; Emerson, Fretz, & Shaw, 1995). För att skapa möjlighet till tolkning och att representera de medverkades mening, är det viktigt att samla data på ett noggrant och grundligt sätt (Emerson et al., 1995). En dokumentation av data skall inte bara redogöra för vad som sägs och görs, utan också i vilket sammanhang och i vilken situation uttalandena sker. En systematisk dokumentation underlättar och skapar större möjlighet att dra slutsatser och se samband i data (Fangen & Nordli, 2005).

Det finns en lång tradition av etnografisk forskning inom medicinsk vård (Atkinson & Pugsley, 2005) och metoden har tidigare använts, bl a i syfte att studera handledning inom hälso- och sjukvård (Bisholt, 2009; Carlson, Wann-Hansson, & Pilhammar, 2009; Mogensen, 1994; Pilhammar Andersson, 1997), socialisationen in i läkaryrket (Sinclair, 1997) och läkares kliniska kunskap (Pope, Smith, Goodwin, & Mort, 2003;

Smith, Pope, Goodwin, & Mort, 2005). Atkinson och Pugsley (2005) framhåller möjligheterna med etnografiska studier inom medicinsk utbildning:

Through close and prolonged engagement with staff and students on a day-to-day basis, the ethnographic researcher is able to document their ordinary, practical activities and concerns. He or she is in a position to make sense of the otherwise invisible aspects of medical school culture, of hidden curriculum of medical instructors, and of the unintended consequences of change or reforms (a. a. s 233).

Med den öppna frågeställningen och intentionen att studera handledning, ansågs deltagande observation och informella intervjuer vara de mest passande teknikerna.

Urval, forskningsfält och genomförande

För att finna lämpliga handledningstillfällen kontaktades i första hand läkarstudenter. De var "gatekeepers" (Hammersley & Atkinson, 2007) för att komma i kontakt med handledningstillfällen. Urval av studenter gjordes för att båda könen skulle var representerade och för att inbegripa olika kirurgiska verksamheter. Två studenter avböjde direkt vid förfrågan på grund av ointresse. Totalt har handledning studerats under 27 olika observationstillfällen (Appendix I). Vid dessa tillfällen medverkade 12 olika handledare (Appendix II) och nio läkarstudenter.

I denna studie valdes att studera handledningssituationer vid klinisk utbildning under kirurgkursen termin 8. Efter en första kontakt med studenter framgick att en strukturerad handledningssituation förekom vid KUA, där studenterna var placerade under en tvåveckorsperiod. Dessa avdelningar var lokaliserade vid tre separata sjukhus inom de kirurgiska verksamhetsområdena. För handledningen ansvarade läkare med särskilt uppdrag att handleda och stödja en grupp läkarstudenter. Speciellt intressanta, utifrån studiens syfte, var de handledda rondgenomgångarna vid dessa avdelningar, eftersom de var rika på samspel mellan handledare och student.

Således genomfördes de flesta observationer vid rondgenomgångar vid KUA (n=21), men även handledning vid kirurgmottagning (n=3), praktisk demonstration (n=1) och operationsavdelningar (n=2) (Appendix I). Sammanlagt pågick observationerna under ca 100 timmar (ca 3-4 tim/observation). Observationerna genomfördes av två forskare (SP, MSN) under en tidsperiod på ca. 4 månader.

Fältanteckningar och informella samtal

Utformningen av fältanteckningarna har följt ett tidigare utarbetat schema (Pihlhammar Andersson, 1997). I figur 2 illustreras på vilket sätt dokumentationen genomförts i denna studie.

Under observationen fördes i huvudsak fältanteckningar med papper och penna som renskrivits efter observationens slut. Fältanteckningar fördes, om möjligt, parallellt med observationerna. I vissa situationer var det inte möjligt eller rent av olämpligt att föra anteckningar, exempelvis när läkarstudenten undersökt patienter eller vid in-

<i>Innehåll i fältanteckningar</i>	<i>Förklaring</i>
<i>Var observationerna ägt rum</i>	Kandidatrum på vårdavdelningen, läkarrum på kirurgmottagningen, operationssal, korridor och patientrum, är sådana exempel.
<i>När observationerna ägt rum</i>	Datum, veckodag och tidpunkt samt hur länge handledningssituationen varat har noterats.
<i>Vad som sades, till vem, av vem och på vilket sätt</i>	Vilka frågor som ställdes till vem och hur de besvarades, har noterats.
<i>Vad som gjordes</i>	Själva handlingen i handledningssituationen och vem som gjorde vad antecknades.
<i>Atmosfär rytm och tempo</i>	Om den upplevdes som stressig, vänlig, öppen, hetsig, lugn eller flöt jämnt skrevs ner.

Figur 2. Illustration av dokumentation.

formella samtal i kafferummet. Vid sådana tillfällen gjordes anteckningar i så nära anslutning till observationen som möjligt. Vid vissa tillfällen användes också mediaspelare för att säkerställa att mera utförliga beskrivningar och reflektioner kunde återkallas vid senare utskrivning.

Observationerna har kompletterats med *informella samtal*. I samtalen ställdes frågor i syfte att kunna utveckla frågeställningar som uppkommit under observationen. Samtalen användes således för att bekräfta, skapa förståelse och/eller reflektioner kring det som observerats. Likaså har det i informella samtal varit möjligt att få svar på hur vanligt förekommande olika situationer och handlingar var. Totalt har samtal skett efter varje observation med samtliga nio läkarstudenter och vid minst ett tillfälle med tio handledare. Två handledare byttes av under handledningen och gick iväg till andra sysslor, vilket resulterade i att någon möjlighet till samtal inte gavs.

Forskarrollen

Att som forskare vara närvarande i det som studeras kräver en medvetenhet om att situationen kan förändras eller påverkas på olika sätt (Fangen & Nordli, 2005). I denna studie har forskarna inte aktivt deltagit i verksamheten, utan endast varit närvarande i egenskap av observatör. Personalen, liksom patienterna var införstådd med att observationerna genomfördes och i vilket syfte.

När forskning bedrivs på en vårdavdelning, är det av värde att som forskare smälta in i miljön. Detta innebär att klädseln är viktig. Forskarna var anvisade att bära en vit rock över de civila kläderna. Denna klädsel gav forskaren tillträde till vårdverksamheten men markerade samtidigt att de inte tillhörde personalen (Mogensen, 1994). För att ytterligare markera att forskarna inte var en del av vårdteamet bar de ingen namnskylt. Forskarna försökte att placera sig på ett sådant sätt i patientsalen eller under rondarbetet att de smälte in så mycket som möjligt i miljön.

Genom att renskriva fältanteckningar, dokumentera reflektioner, ställa uppföljande och förklarande frågor till deltagarna skapades förutsättningar för att se aspekter som initialt kunde upplevats som så självklara att de förbisågs. Under observationstiden träffades forskargruppen (MSN, SP, EPA) kontinuerligt för att diskutera vad som observerats och hur datainsamlingen skulle gå vidare. Vid nitton observationer var en forskare närvarande, medan vid åtta var två forskare närvarande (Appendix I). Genom att dela erfarenheter från ett antal gemensamma observationstillfällen, skapades möjligheter att diskutera innehåll och tolkningar från ett och samma observationstillfälle.

I denna studie har forskarna således intagit en icke deltagande observatörsroll. I syfte att beskriva forskarnas roll vid observationerna kan begrepp som *insider* och *outsider* perspektiv användas (Fangen & Nordli, 2005; Hammersley & Atkinson, 2007), dvs att forskaren intar ett deltagande perspektiv eller en analytisk distans. Utmaningen i etnografiska observationer är att förstå det som händer genom att upparbeta en nära relation till det fenomen som studeras, dvs att inta ett *insider perspektiv*. Samtidigt behöver forskaren kunna beskriva det som upplevts så att en utomstående förstår, dvs att inta ett *outsider perspektiv*. Att skapa förståelse som en *insider* är därför ofta första steget i processen, nästa steg är att förstå och beskriva det som är förstått utifrån forskarens eget perspektiv.

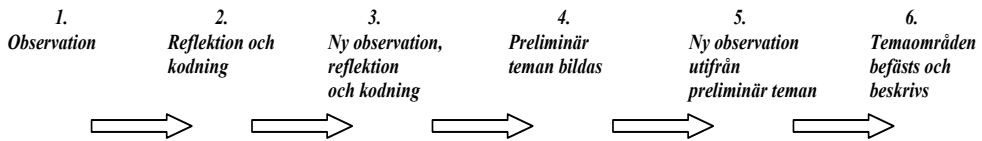
Ju mer forskaren interagerar med de observerade och deltar i aktiviteten desto större är risken för att *go native*. Detta innebär att forskaren kommer att identifiera sig med individerna på ett sätt som minskar förmågan att se vad som egentligen sker (Pilhammar Andersson, 2008). Forskaren intar handledarens eller studentens hållning. Med en selektiv intermitterant ansats minskar dock risken att *go nativ* då distans skapas genom att lämna fältet, regelbundet för reflektion, för att sedan återkomma (Jeffrey & Troman, 2004). Att som sjuksköterska studera en miljö som är mycket bekant kunde också innebära en risk att *go native*, då vissa företeelser kan vara så självklara och tagna för givet att de inte noterades (Fangen & Nordli, 2005). Fördelen med att ha god kännedom om hälso- och sjukvårdsmiljön är att inte riskera att fastna i oväsentliga eller irrelevanta situationer, utan rikta koncentrationen på den aktuella frågeställningen. Vår bakgrund som sjuksköterskor gav oss tillträde, då vi ansågs bärare av samma hälso- och sjukvårdskultur. Genom att efter varje observation reflektera över innehållet i observationen och kontinuerligt diskutera dem i forskargruppen, skapades möjlighet till att inta ett *outsider* perspektiv.

Även om sjuksköterskor och läkare arbetar inom samma verksamhet, finns det kulturella skillnader kring det professionella utövandet (Davies, 2003). Att som sjuksköterska studera handledning inom läkaryrket kan därför ha fördelar då forskaren, i denna studie, naturligt intog en *outsiders* perspektiv (Fangen & Nordli, 2005; Hammersley & Atkinson, 2007). Att som forskare inte vara en del av läkarkulturen, medförde troligtvis att det var lättare att urskilja mönster.

Analys

Målet för analysen var att identifiera mönster i hur människor agerar inom det aktuella området (Pilhammar Andersson, 1997). I figur 3 illustreras analysprocessen som

beskrivs mera ingående nedan. Siffrorna i texten avser stegen i figuren.



Figur 3. Illustration av etnografisk analys artikel I-III.

Underlaget för analysen utgjordes av fältanteckningar från observationer och informella samtal (1) och utgick från studiens syfte att beskriva vad som sker vid handledning av studenter. I den första preliminära analysen av fältanteckningarna, vilken gjordes i nära anslutning till observationstillfällena, formulerades koder som syftade till att beskriva handledningen exempelvis, *teoretisk kunskap, bemötande, könsskillnader, läkarroll, frågor och svar* (2). Därpå fortsatte observationer och flera koder skapades efter reflektion av vad som utmärkte handledningen. Några koder förkastades, andra sammanfördes (3). Genom att kritiskt granska och reflektera över kodningen kunde tre preliminära övergripande teman skönjas, dvs *handledningens innehåll, förhållningssätt och hur handledningen genomförs av handledaren* (4). Dessa preliminära teman kom sedan att vara ledande för den fortsatta datainsamlingen och i reflektion kring tidigare insamlat material (5). Genom detta steg i analysprocessen avgränsades forskningsområdet och förståelsen fördjupades för de fenomen som var i fokus.

Det sista steget i analysen innebär att datamaterialet, dvs fältanteckningar från observationer och informella samtal, analyserades i sin helhet utifrån en önskan att förklara vad som gjordes till innehåll, vilka förhållningssätt som framträdde och hur handledningen genomfördes. Meningsbärande enheter, dvs meningar och stycken, innehållande aspekter som relaterade till varandra genom sitt innehåll och sammanhang, urskildes (Silverman, 2006). Genom att kontinuerligt analysera och jämföra meningsbärande enheter kunde de preliminära temana befästs. De preliminära temana gavs mening allteftersom analysen fortgick och fick sin slutgiltiga utformning då allt textmaterial var analyserat, grupperat och hållbarheten granskad. Därefter kunde de tre temaområdena beskrivas efter de mönster som framträdde inom vart och ett av dem (6).

1. Vad som gjordes till innehåll, kunde beskrivas i form av sex olika områden (Artikel I),
2. Vilka förhållningssätt som framträdde, kunde beskrivas utifrån sex områden (Artikel II),
3. Hur handledningen framträdde, kunde beskrivas i form av sju olika pedagogiska strategier använda av handledaren (Artikel III).

Forskare nr. II (SP) deltog vid observationer (se bilaga I) och vid den första fasen av analysen (1-5). Slutförandet av analysen och sammanställning av resultatet genomfördes av författaren (MSN) och handledare (CGW, KN, EP).

Tolkning och trovärdighetsaspekter - Artikel I-III

Viktigaste skälet för ett långvarigt fältarbete är möjligheten att lära känna människorna (Fangen & Nordli, 2005). Jeffrey och Troman avser att syftet för en studie bör vara ledande för val av plats och observationstid. Det innebär att en avgränsad observations-tid i sig inte behöver ha avgörande betydelse, då en avgränsning av observationsfältet och uppmärksamheten riktas mot det för studien mest väsentliga (Jeffrey & Troman, 2004). I detta fall fokuserades framför allt handledningstillfällena vid KUA. Genom att framför allt studera en särskilt organiserad och ytligt sett enhetlig handledning, dvs handledning under rondarbete på en KUA avdelning, skapades möjlighet att använda en öppen frågeställning trots en relativt kort tidsperiod med ett begränsat antal observationer. Syftet var inte att skapa en bred bild av handledning utan att fördjupa förståelsen för handledningen. Genom att avgränsa observationerna till rondarbete på KUA skapades möjlighet att uppfylla ”mättnad” gällande den analytiska förståelsen för det som studerats (Jeffrey & Troman, 2004).

Etnografisk forskningsmetod kan uppnå en hög grad av validitet, dvs här beskrivs det som är tänkt att beskrivas då forskaren studerar verkligheten och inte någon konstruerad situation (Fangen & Nordli, 2005). Ett förfaringssätt för att säkerställa validiteten inom etnografisk forskning är så kallad triangulering. Detta innebär att data insamlade med olika metoder eller vid skilda tidpunkter, ställs mot varandra. Om överensstämmelse föreligger bedöms validiteten öka. Sådan triangulering kan åstadkommas genom att olika forskares uppfattning av observationen ställs mot varandra, så kallad *forskartriangulering* (Kimchi, Polivka, & Stevenson, 1991; Pilhammar Andersson, 1996). Båda forskarna (MSN och SP), med olika erfarenheter från hälso- och sjukvården, har i denna studie genomfört observationer enskilt och tillsammans. I direkt anslutning till de gemensamma observationerna har fältanteckningar jämförts och tolkningar diskuterats, för att fastställa om ”samma sak” har noterats och givits liknande innebörd. En god överensstämmelse kunde noteras.

Triangulering kan också åstadkommas genom att studera fenomenet vid olika tillfällen och i skilda kontext. Här har handledning studerats på flera olika avdelningar och sjukhus, där en samstämmighet kring data från olika platser kring ett och samma fenomen kan säga öka validiteten. På detta sätt kan det säkerställas att fenomenet är det samma på olika platser och/eller om det förekommer överlappande variationer (Kimchi et al., 1991; Pilhammar Andersson, 1996). I denna studie har handledning vid flera olika tillfällen med olika medverkande på olika avdelningar och sjukhus studerats. I och med detta har viktiga komponenterna i handledningen varit möjliga att urskilja och beskriva, vilket förstärker validiteten.

Avsikten med datainsamlingen var att göra textuella representationer av vad som observerats (Beach, 2005). Att i fältanteckningar notera verkligheten innebär i sig en selektion då forskaren oundvikligen fokuserar en separat del av situationen. Data ska ses som en perceptuell produkt som är skapad, influerad av medvetenhet, uppmärksamhet, teorier och idéer och ska som sådan inte heller behandlas som neutral och objektiv (Beach, 2005). Därför kan det förväntas att andra forskare skulle kunna se andra mönster och/eller företeelser.

Målet med kvalitativa studier är inte att skapa generaliseringar, utan att skapa djupare förståelse och kunskap kring ett specifikt fenomen (Leininger, 1994). Leininger använder sig av begreppet överförbarhet, för att belysa möjligheten att överföra resultat från kvalitativa studier till ett annat sammanhang. Med överförbarhet menas att ett bestämt resultat kan överföras till ett liknade sammanhang och fortsatt bevara sin detaljerade mening, tolkning och slutledning från hela studien (Leininger, 1994). I denna studie studerades framför allt KUA, där handledare hade särskilt uppdrag att ta hand om studenter. Det kan innebära att handledarna i denna studie hade ett särskilt intresse för undervisning, vilket kan ha bidragit till en mera samlad bild av handledningen och att möjligheten att beskriva variation i handledningen förloras. Att fokusera rondarbete kan också ses som en begränsning, då detta är en speciell situation i den kliniska utbildningen. Dessa begränsningar kan möjligen minska överförbarheten till andra handledningssituationer inom läkarutbildningen.

Artikel IV

Critical Incident Technique

Critical Incident Technique (CIT) är en metod som har sitt ursprung i Flanagans studier av yrke (Flanagan, 1954). Sedan 1954 har tekniken använts för att studera människors aktiviteter i en mängd olika professioner (Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2008). Tekniken är utvecklad av flera forskare (Benner, 1984; Dreyfus et al., 1986) och använd av flera andra i hälso- och sjukvårdsforskning (Grahn, 1993; Norman, Redfern, Tomalin, & Oliver, 1992; Pilhammar Andersson, 1994).

Tekniken möjliggör att skapa rika beskrivningar av situationer och händelser där avsikten är att utforska, beskriva och förstå specifika handlingen hos personen/er (Schluter et al., 2008). Med hjälp av CIT underlättas själva beskrivandet av sådana situationer. I beskrivningarna kan sedan avsikt, handlingsmönster och konsekvenser urskiljas (Grahn, 1993). CIT kan används både som intervjuteknik och analysinstrument. I denna studie har CIT använts som intervjuteknik för att skapa berättelser av händelser i vårdssituationer.

En kritisk händelse beskrivs som en för individen viktig eller avgörande händelse som kan återges detaljrikt. Termen kritisk händelse används i syfte att beskriva en klart avgränsad händelse, med en tydlig början och slut. Det skall också finnas möjlighet att bedöma att händelsen utgör ett signifikant bidrag, positivt eller negativt, till den aktivitet som studeras. Om händelsen ska uppfattas som valid skall den vara detaljerad och utförligt återberättad (Norman et al., 1992).

CIT bygger på en fri beskrivningsteknik vilket betyder att den intervjuade använder sina egna ord och egna begrepp vid beskrivning av fritt valda händelser från sin yrkesutövning (Pilhammar Andersson, 1994). I intervjun riktas uppmärksamheten mot, för läkaren själv, betydelsefulla händelser som kunde delges. I händelserna framträdde således läkarnas handlande och agerande utifrån egen erfarenhet och förståelse. Genom personliga intervjuer kan följdfrågor ställas och en mera utförlig beskrivning och

förståelse för händelsen kan frambringas (Edvarsson & Roos, 2001). Detta skapar berättelser där både innehåll och mening kan urskiljas.

Kvalitativ innehållsanalys

Syftet med studien var att beskriva variationen mellan juniora och seniora läkares professionella förhållningssätt vid kliniska ställningstaganden. Detta är inte tidigare väl studerat och därför framstod en induktiv analys som mest lämpad. Innehållsanalys är en analysmetod för skrivet, verbalt eller visuellt kommunicerat budskap och har sitt ursprung i en beskrivande och kvantifierade tradition (Downe-Wamboldt, 1992). Målet med innehållsanalysen är att skapa generella beskrivningar av ett fenomen i form av begrepp eller kategorier. Innehållsanalys har en lång tradition inom forskning gällande kommunikation, journalistik, sociologi, psykologi men även inom affärsverksamhet. Analysmetoden har under de senaste decennierna även använts i stor omfattning inom hälso- och sjukvårdsforskning (Elo & Kyngas, 2008).

De huvudsakliga analysstegen i den kvalitativa innehållsanalysen är identifiering av meningsbärande enheter, kodning och kategorisering (Silverman, 2006). Med forskningsfrågan som utgångspunkt, lokaliserar och markeras meningsbärande enheter i texten. Därefter ges de meningsbärande enheterna en kod som beskriver dess innehåll. Genom kodningen kan organisering av data påbörjas och kategorisering genomföras. Den kvalitativa innehållsanalysen är inriktad på tolkning av texter (Silverman, 2006) och dess strukturerade steg möjliggör att analysprocessen blir tydlig och kan delas och diskuteras i forskargruppen (Elo & Kyngas, 2008). Det är dock viktigt att påpeka att analysen inte sker linjärt utan böljar fram och åter mellan stegen.

Urval och genomförande

Urvalet av läkare var strategiskt i enlighet med studiens syfte att inbegripa seniora och juniora läkare. Val av intervjupersoner gjordes inom ett medicinskt verksamhetsområde vid ett svenskt universitetssjukhus, bestående av flera sjukhuskroppar.

En lista med namn på ett antal juniora läkare inhämtades via studierektor på respektive sjukhus. Namn på ett antal seniora läkare med lång erfarenhet förmedlades till forskargruppen av en senior läkare tidigare engagerad i läkarutbildningen. Det definitiva urvalet av juniora och seniora läkare gjordes av forskargruppen i syfte att få spridning från olika specialiteter inom det medicinska verksamhetsområdet och en könsfördelning som motsvarar den aktuella åldersgruppen inom läkarkåren. I materialet ingick totalt 18 intervjuer med 9 seniora och 9 juniora läkare.

Gruppen seniora läkare bestod av en kvinna och åtta män mellan 65-70 år. Samtliga var disputerade med tjänstebefattning som professor eller docent och överläkare inom respektive medicinskt specialområde. Alla seniora läkare hade mer än 30 års arbetslivserfarenhet. En av läkarna uppehöll ett formellt arbetsledaransvar. Deras kliniska arbete var till stor del förlagt till avdelning och på medicinmottagning. I gruppen juniora läkare ingick tre kvinnor och sex män i ålder mellan 30-44 år. Fyra av dem hade under det senaste året fått specialistkompetens inom internmedicin, medan fem var under specialistutbildning. Ingen av de juniora läkarna var disputerad. Arbetslivserfarenheten efter AT-tjänstgöringen varierade mellan 1-10 år. Två av de specialist-

kompetenta läkarna hade nyligen påbörjat sin tjänstgöring som biträdande överläkare, medan de övriga tjänstgjorde som underläkare. Samtliga juniora läkare var för tillfället knutna till någon avdelning på kortare eller längre tid. Till skillnad mot gruppen seniora läkare arbetade de juniora läkarna i jourverksamhet en till två gånger/vecka. Deras kliniska arbete var således förlagt på medicinavdelning, akutmottagning och medicinmottagning.

Intervjuerna genomfördes på läkarnas arbetsplats. De uppmanades att med egna ord beskriva ”kritiska händelser”, som de upplevt i sitt kliniska arbete. Begreppet kritiska händelser skiljer sig från det som i vården vanligtvis associeras till en krissituation eller kritiskt sjukdomsförlopp. För att undvika detta användes i intervjuerna följande formuleringar: Beskriv en händelse som inträffat i din yrkesfunktion under det senaste året där agerande eller ställningstagande haft betydelse för dig. Händelsen kan antingen ha upplevts:

- Positiv, du var nöjd med ditt handlande och resultat eller
- Negativ, du upplevde att du inte behärskat en klinisk situation eller att resultatet inte blev det förväntade.

Mot bakgrund av denna beskrivning ställdes följdfrågor utifrån de berättelser som läkarna redogjorde för, t ex på vilka grunder som beslut fattades och vilka kunskaper som nyttjades.

Intervjuerna genomfördes av två forskare (MSN, AK). Respektive forskare har utfört nio intervjuer av såväl seniora som juniora läkare. Intervjuerna tog mellan 45-70 minuter i anspråk. Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant av sekreterare. För att säkerställa kvaliteten på utskriften kontrollerades och korrigerades utskrivna texter av respektive forskare.

Som tidigare nämnts var inte syftet i denna studie att täcka alla kritiska händelser inom ett yrke, vilket skulle ha krävt betydligt flera händelser (ca 2000- 4000 enligt Flanagan (1954)). I denna studie var syftet att beskriva förhållningssätt under kliniska ställningstaganden vid handhavande av patienter. Därmed har händelser omkring utbildning uteslutits. I denna studie ingår 32 händelser beskrivna av de juniora läkarna och 21 händelser beskrivna av de seniora läkarna (totalt 53 händelser). Händelserna berör diagnostisering, omhändertagande av patienter, kommunikation och om mötet med organisationen. Dessa händelser blev sedan underlag för fortsatt analys.

Analys

Den kvalitativa innehållsanalysen utfördes i flera steg. Med utgångspunkt från forskningsfrågan lokaliserades och markerades meningsbärande enheter i texten, dvs *uttalande kring ett beslut eller ställningstagande* i en klinisk situation. Sådana ställningstaganden framträdde i texten kring exempelvis behandling, diagnostisering, bemötande, kommunikation och undersökningar. De meningsbärande enheterna kodades. Genom kodningen beskrevs innehållet i den meningsbärande enheten, dvs vad den handlade om. Genom att koda texten skapades en förståelse för innehållet och bildandet av kategorier kunde genomföras. Analysen resulterade i åtta kategorier, som beskriver de

ställningstaganden läkarna uttryckte. Slutligen analyserades återigen meningsbärande enheter, och koder inom varje kategori och läkargrupp (junior och senior) i syfte att finna variationer mellan juniora och seniora läkares förhållningssätt.

Tolkning och trovärdighetsaspekter - Artikel IV

I intervjustudier föreligger alltid en risk att utsagor inte överensstämmer med den verkliga händelsen, vilket bör beaktas. Informanterna kan ha "minnesluckor" vilket innebär att de utesluter viktig information eller att den beskrivna händelsen är en efterkonstruktion. Detta kan resultera i en "försköning" av det egna handlandet. I och med att informanterna själva valde händelser kan det innebära att de uteslöt situationer som upplevts som särskilt svåra eller besvärliga. Å andra sidan, kan informanterna ha valt att delge något som de själva upplevt som extra problematiskt, i en för andra deltagare helt vanlig och oproblematisk situation.

Vikten av att ha en god och stödjande samtalsmiljö för att ta del av informanternas beskrivningar av både positiva och negativa händelser har också framhållits av andra forskare (Andersson & Nilsson, 1964). Forskarna lade därför stor vikt vid att ge utförlig information och skapa förståelse för studiens syfte och genomförande. Dessutom hade forskarna inte någon anknytning till informanternas arbetsplats och informanterna stod heller inte i någon beroendeställning till forskarna. Detta tillsammans skapade förutsättningar för ett öppet samtal. I syfte att vara noggrann i datainsamlingen uppmuntrades informanterna att göra så precisa och detaljrika beskrivningar som möjligt av händelserna.

Vikten av tränade intervjuare med kunskap inom det ämnet som studeras har framhållits som betydelsefullt för att få rika och ändamålsenliga data (Schluter et al., 2008). I denna studie hade båda forskarna tidigare erfarenhet från intervjustudier och forskning kring yrkeskunskande. För att säkerställa reliabilitet skrevs intervjuerna ut ordagrant och analyserades utifrån innehållsanalysens systematiska förfarande. Dessutom diskuterades analysen i forskargruppen (MSN, EPA) kontinuerligt under hela analysprocessen.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Medgivande från berörda verksamhetschefer har erhållits. Information om respektive studie, dvs vilken metod som används, under vilken period som fältstudierna och intervjuer skulle ske och hur resultatet skulle redovisas meddelades samtliga verksamhetschefer (studie I-IV).

När studierna genomfördes krävdes inte något tillstånd från etikprövningsnämnden för denna typ av studier, enligt svensk lag. Läkare och studenter (I-IV) informerades om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. De informerades också om att i möjligaste mån göra platser och individer omöjliga att spåra samt att information utan någon avgörande betydelse för resultatet inte skulle publiceras. De citat som presenteras i resultatredovisningen valdes på basis av den förankring de har i det vardagliga och inte i syfte att skada eller lämna ut någon individ eller organisation. För övrigt har etiska riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008) och etiska riktlinjer från Medicinska forskningsrådet (MFR, 2003) beaktats.

När patienter var närvarande under observationer presenterades forskaren av handledare eller av forskarna själva. Patienterna gavs samtidigt information om att syftet för studien var att studera vad som skedde mellan handledare och student. Tystnadsplikt gällande för hälso- och sjukvårdspersonal (SFS 1997:134) och som avser kännedom om enskild vårdtagare, dennes tillstånd, innehåll i journal och hur patientens rättsäkerhet kan skyddas i relation till det (SOU 2003:99), har beaktats. Vid vissa situationer, som av forskarna upplevts som särskilt känsliga i mötet mellan läkare alternativt student och patient, har forskarna valt att inte närvara för att inte störa i kommunikationen eller skapa obehag hos patienten. Data från sådana situationer finns således inte med i denna studie.

Möjligheten att avbryta medverkan har inte utnyttjats av någon deltagare i observationsstudien. En deltagare i intervjustudien avböjde att medverka efter att intervjun var genomförd. Skäl som uppgavs var känslan av att ha lämnat ut känsliga uppgifter om kollegor.

RESULTAT

Artikel I

Contents in supervision: an ethnographic study focusing on 4th-year medical students in clinical education

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Wenestam C-G, Nilsson K, och Pilhammar E.

Under handledning i den kliniska utbildningen förväntas studenter utveckla sitt kliniska yrkeskunnande. Vad handledaren gör till innehåll i handledningen får därmed avgörande betydelse för studentens förståelse för vad som förväntas av henne/honom att lära och utveckla.

Syftet med denna etnografiska studie var att beskriva vad som gjordes till innehåll vid handledning av läkarstudenter.

Den etnografiska analysen resulterade i sex olika områden som beskriver vad som gjordes till innehåll under handledning: 1) Identifiera, samla och sammanställa information relaterade till kliniska problem och situationer, 2) Problemlösning och beslutsfattande, 3) Att handha behandlingar av sjukdom, 4) Praktiskt handlande och illustrationer av teknisk utrustning, 5) Kommunikation med patienter och 6) Hantera organisatoriska krav.

Att identifiera, samla och sammanställa information är ett betydande innehåll vid handledningen där studenten uppmuntras att använda journaler, undersökningssvar och remisser för att sammanställa information. De uppmannas att använda information i mötet med patienten för att identifiera och samla data. Studenten stimuleras att lösa medicinska problem och fatta beslut utifrån såväl sin teoretiska som kliniska förståelse. Handledaren uppmuntrar studenterna att ta initiativ till att sköta patienters behandling under sjukhusvistelsen och planera för fortsatt behandling. Praktisk färdighet görs till innehåll på framför allt två sätt; genom att studenten själv genomför praktiska uppgifter, och som praktiska demonstrationer och diskussioner. Kommunikation med patienter blir ett innehåll i handledningen när studenten ges möjlighet att genomföra och utvärdera sitt handlande i mötet med patienter. Handledaren demonstrerar såväl teoretisk kunskap som erfarenhetsbaserat yrkeskunnande i syfte att stödja studenten under handledningen. Restriktioner och möjligheter i den rådande organisationen markeras av handledaren och utgör på så vis ett innehåll i handledningen. Administrativa uppgifter tränas av studenter och handledaren undervisar om hur journaler ska föras och remisser skrivas.

Att handla och handha kliniska situationer var centralt under handledningen och det beskrivna innehållet förekom därför ofta integrerat och var överlappande. Det beskrivna innehållet ska därför inte behandlas som oberoende delar utan mera som komponenter av vad som gjordes till innehåll. Vad studenten förväntades lära var inte tydligt deklarerat av handledaren, inte heller var innehållet anpassat för att skapa förståelse hos den enskilde studenten. Sammanfattningsvis visar denna studie att stu-

denterna kan ha svårigheter med att särskilja vad som ska läras och vad som förväntas av dem under den kliniska utbildningen.

Artikel II

Attitudes conveyed in the supervision of medical students: an ethnographic study.

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Nilsson K, Samuelsson B, och Pilhammar E.

Att socialiseras in i läkaryrket påbörjades under utbildning; framför allt under den kliniska delen. Den kliniska handledaren har därmed en betydelsefull roll i studentens yrkessocialisationsprocess.

Syfte med denna etnografiska studie var att beskriva de förhållningssätt som förmedlades under handledning av läkarstudenter.

Den etnografiska analysen resulterade i sex olika områden som beskriver hur studenten förväntades vara: 1) Kunnig och effektiv beslutsfattare, 2) Känslig för patienters behov och förväntningar, 3) Kommunikativ, 4) Auktoritär och patriarkal, 5) Anpassningsbar till organisationens förutsättningar och 6) Vaksam på sjuksköterskors kunskap och krav.

Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer, är en vanlig uppmaning använd av handledare. Uppmaningen visar att en läkare skall vara kunnig och ha förmåga att ta beslut. Handledaren stöttar studenten med hjälp av olika strategier om vad som skall sägas och göras. Studenten kan därmed behålla rollen som ”ansvarig” läkare. En läkare ska ständigt utveckla sitt medicinska kunnande och sin kliniska förståelse. Studenternas bristande kunskap och erfarenhet medför att sådana förväntningar ibland upplevs som för betungande. Handledaren ger instruktioner om hur en läkare ska förhålla sig gentemot patienter, exempelvis ge tröst och skapa förtroende. En läkare skall vara uppmuntrade, positiv och ha en helhetssyn gentemot patienter. Studenterna förbereds och uppmuntras att leda kommunikationen med patienter. Kommunikativ kunskap framhålls som betydande i en läkares yrkeskunnande, vilket kräver träning och erfarenhet att utveckla. Studenterna manas att inta en mera auktoritär och hierarkisk hållning gentemot patienter och övrig personal. Detta är särskilt framträdande mellan handledare och kvinnliga studenter. En osäkerhet framträder bland seniora läkare gentemot kvinnliga studenters sätt att agera och kommunicera, exempelvis uppfattas de som sköra och känsliga för kritik. Organisatoriska begränsningar demonstreras av handledaren som exempelvis tidsrestriktioner. Handledaren ger direktiv till studenterna att nyttja och ta del av information från sjuksköterskor, samtidigt som de ska vara vaksamma på den information och de krav sjuksköterskor framför.

Resultatet visar att studenterna kan behöva stöd i att hantera de spänningsförhållanden som framträdde gällande förhållningssätt, dvs att kunna balansera distans och närhet i relation till patienter och personal, att vara kunnig och att vara öppen för att lära och att agera i en patriarkal kultur och att samarbeta med annan personal.

Artikel III

Pedagogical strategies used in clinical medical education: an observational study.

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Pilhammar E, och Wenestam C-G.

Klinisk handledning är en komplex undervisningssituation, influerad av vad som ska läras, sammanhanget och interaktionen mellan handledare och student. Hur sådan handledning genomfördes kan förväntas få betydelse för studentens lärande.

Syftet med denna etnografiska studie var att beskriva hur klinisk handledning med läkarstudenter genomfördes.

Den etnografiska analysen resulterade i en beskrivning av sju olika pedagogiska strategier som handledare använde sig av under handledningen: 1) Frågor och svar, 2) Undervisa, 3) Lotsa, 4) Sufflera, 5) Ingripa, 6) Demonstrera och 7) Ta över.

Handledare använder olika strategier för att stödja läkarstudenten under problemlösning eller för att kunna agera som läkare. Frågor och svar nyttjas i syfte att få studenten att reflektera över hur ett medicinskt problem eller klinisk situation ska hanteras. Vid tillfällen där handledaren anser det nödvändigt att komplettera med nödvändig kunskap för att förstå situationen eller för att kunna agera, kan handledaren istället börja undervisa. Genom att använda sig av guidande frågor, påstående eller genom att signalera lotsar handledaren läkarstudenten till det som hon/han anser viktigast och riktigt att fokusera. I mötet med patienten stöttar handledaren läkarstudenten genom att sufflera. Studenten kan på så sätt upprätthålla rollen som ansvarig läkare och slippa ”tappa ansiktet” inför patienten. Att ingripa innebär att handledaren demonstrerar hur studenten bör agera i en specifik situation. I vissa situationer intar handledaren en mera auktoritär roll och avbryter studenten i dennes handlande och tar över situationen. Genom att ta över visar handledaren på organisatoriska förutsättningar, t ex tidsbegränsningar i yrkesutövningen.

Strategierna visar på underliggande perspektiv gällande sättet att se på undervisning och innehåll. Fokus i handledningen fanns antingen på lärarens kunskap och agerande eller på studentens agerande eller förståelse. En medvetenhet om strategiernas innebörd för studentens lärande och förståelse kan medverka till att utveckla handledarens pedagogiska kompetens.

Artikel IV

Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: implications for medical education.

Skyvell Nilsson M, och Pilhammar E.

Erfarenhetsbaserat yrkeskunnande har traditionellt varit högt värderat inom läkarutbildningen och i den kliniska vården. Juniora och seniora läkare har ofta olika ansvarsområden och uppgifter inom vårdorganisationen. Hur erfarenhet, position och ansvarsområde påverkar yrkeskunnande har tidigare studerats i begränsad omfattning.

Syftet med denna intervjustudie var att beskriva variationer mellan juniora och seniora läkares professionella förhållningssätt vid kliniska ställningstaganden.

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i åtta olika förhållningssätt som nyttjades av läkarna vid kliniska ställningstaganden: 1) Använda teoretisk kunskap, 2) Använda tidigare erfarenheter av fall och förlopp, 3) Inta ett etisk och moraliskt förhållningssätt, 4) Möta och kommunicera med patienter, 5) Fokusera tillgänglig information, 6) Lita till sin egen förmåga, 7) Skaffa sig information och guidning från andra och 8) Vara styrd av organisationen.

De juniora läkarna nyttjar, i stor utsträckning, ett teoretiskt kunnande, som exempelvis kliniska regler och praxis vid kliniska ställningstaganden. Den egna erfarenheten av patientfall och förlopp framstår ofta som otillräckligt beslutsunderlag. De seniora läkarna nyttjar däremot sin erfarenhet av patientfall och sjukdomsförlopp. Etiska och moraliska ställningstaganden är också framträdande och har avgörande betydelse för beslutsfattande hos dem. Hos de juniora läkarna framträder etiska och moraliska ställningstagande sällan som avgörande vid beslut, utan uttrycks mera som allmänna regler i en läkares agerande. I mötet och kommunikationen med patienten, framstår de juniora läkarnas kommunikation som envägskommunikation. De seniora läkarna framhåller det unika i varje möte och den beskrivna kommunikationen tolkas som tvåvägskommunikation. De juniora läkarna beskriver hur de söker efter och ofta är tvungna att hantera kliniska situationer med bristfällig information. De uttrycker även begränsningar relaterat till kunskap, ålder och/eller kön. De juniora söker ofta stöd och/eller ledning från mera erfarna kollegor. Att ha kännedom om och kunna hantera hälso- och sjukvårdsorganisationen framstår som en förutsättning i de juniora läkarnas kliniska ställningstaganden. De seniora vet hur de ska finna och nyttja tillgänglig information och de litar till sin förmåga och vet vad som skall göras även i mycket komplicerade fall. Vikten av ärlighet, integritet och personlig självkännedom i mötet med patienter understryks av de seniora läkarna.

Sammanfattningsvis visar resultatet att yrkeskunnandet är relaterat till erfarenheter och uppgifter inom vårdorganisationen. De seniora läkarna visste hur vårdorganisationen fungerat tidigare och hade erfarenhet nog att kunna ta beslut gällande längre sjukdomsförlopp och dess konsekvenser. De juniora läkarna å andra sidan hade utvecklat ett yrkeskunnande i att hantera patientsituationer i relation till ett begränsat informationsunderlag och egen erfarenhet, samt organisatoriska begränsningar och möjligheter.

DISKUSSION

Syftet för detta avhandlingsarbete var att beskriva handledning av läkarstudenter under klinisk utbildning samt professionellt förhållningssätt i samband med läkares kliniska ställningstaganden. Framträdande resultat som kan tänkas få konsekvenser för handledning och utbildning kommer att diskuteras i följande avsnitt.

Novisen möter experten

Mest framträdande i handledningen är att handledaren försöker skapa möjlighet för studenten att utföra handlingar och träna rollen som läkare (I, II, III). Handledaren leder och styr situationen utifrån sitt yrkeskunnande (I, III). Således förmedlas handledarens yrkeskunnande genom att studenten följer handledarens instruktioner och råd. Detta är ett utmärkande drag för YMH enligt ett mästar-lärlingslärande (Lauvås & Handal, 2001; Mogensen et al., 2006) och bygger på att en yrkeskunnig (en expert) lär en mindre kunnig (en novis). Studenterna är helt beroende av handledarens instruktioner och direktiv för att klara av det som förväntades av dem. Handledaren kan därmed uppfattas som en särskilt betydelsefull person för studenterna och ges rollen som den *specifika andre* (Mead & Morris, 1934). Genom interaktion med handledaren förmedlas därmed inte bara yrkeskunnande utan även förhållningssätt i yrket.

Mästar-lärlingslärande kan vara till nytta inom professionsutbildningar (Mogensen et al., 2006). Genom mästar-lärlingslärande skapas möjlighet för studenten att introduceras i yrket och skaffa sig en uppfattning om dess innehåll. Studenterna blir involverade på ett sådant sätt att de kan utveckla en förståelse för helheten, t ex behandling av patienten under sjukhusvistelsen. När studentens kunskaper framstår som otillräckliga, träder handledaren in och demonstrerar hur situationen ska hanteras (III). Genom demonstration av yrkeskunnande (II) kan således kunskap, som är svår att beskriva och uttrycka i ord, men viktig för yrkesutövningen, överföras (Lauvås & Handal, 2001; Mogensen et al., 2006). Ett exempel på sådan kunskap är sättet att kommunicera med patienter. Med ett mästar-lärlingslärande kan det dock finnas risker, t ex att det yrkeskunnande och förhållningssätt som förmedlas till studenten är otidsenligt eller av dålig kvalitet (Gale & Jackson, 1997).

Mästar-lärlingslärande är också framträdande bland de yrkesverksamma läkarna (IV). De juniora läkarnas uttalande indikerar att de hanterar kliniska situationer utifrån den avancerade nybörjarens eller den kompetentes kompetens (Dreyfus et al., 1986). Det medför att de är osäkra på egna beslut och ställningstaganden, vilket ofta leder till att de tar hjälp och stöd av mer erfarna kollegor (IV). På detta vis framträder mästar-lärlingslärande som en etablerad modell även för att lära och utvecklas i yrket. I de juniora läkarnas uttalanden framstår dock den beskrivna vägledningen som konsultation eller som kollegialt stöd (Lauvås & Handal, 2001) beroende på situation och komplexitet. Det innebär att ett problem antingen lämnas över helt och hållet till en mera erfaren eller specialiserad kollega, eller efterfrågas endast en bekräftelse på ett redan fattat beslut. Det är därmed upp till den juniore läkaren att avgöra när och i vilken situation ett sådant stöd är nödvändigt (IV). De mera erfarna läkarnas råd eller ställningstaganden väger tungt och frångås sällan trots tvivel (IV). Detta visar att mera

erfarna läkare spelade en viktig roll i mindre erfarna läkares yrkesutveckling och i yrkesutövningen (Skyvell Nilsson et al., 2006). De mera erfarna läkarna kan därmed tänkas få rollen som *specifika andra* (Mead & Morris, 1934) i relation till mindre erfarna läkare och ha betydelse för utvecklingen av yrkeskunnandet.

I handledningen använder handledaren sig av pedagogiska strategier för att stödja studenten i att föra samman sitt teoretiska kunnande med praktiska situationer och skapa möjlighet för dem att handla (III). Liknade pedagogiska strategier, som redovisas i studie III, finns beskrivet i litteraturen, exempelvis att ställa frågor till studenter (Heidenreich, Lye, Simpson, & Lourich, 2000; Wear, Kokinova, Keck-McNulty, & Aultman, 2005) att förklara, svara på frågor och visa vägen i lärandet (Irby, 1995) liksom demonstration och att skapa möjlighet för reflektion (Heidenreich et al., 2000). Handledaren använder sitt yrkeskunnande för att leda och guida studenten som novis, i den kliniska situationen. Resultatet visar också att val av strategi påverkar fokus för läraren i handledningen (III), dvs handledaren satte fokus på studentens förståelse och deras agerande eller på det egna kunnandet eller på organisationens förutsättningar och krav. Detta resultat är också överensstämmande med Ramsdens beskrivningar av lärares olika sätt att förstå undervisning. Ramsden anser att undervisning kan förstås på tre olika sätt, nämligen att göra det möjligt för studenten att förstå, att förmedla kunskap eller att organisera studentens aktivitet (Ramsden, 2003). På vilket sätt handledaren genomför handledningen får konsekvenser för studentens lärosituation. Flera studier har visat att studenter har svårigheter med det nya sättet att lära i klinisk undervisning (Seabrook, 2004) och med att veta vad som förväntas av dem (Prince et al., 2005; Seabrook, 2004). I den kliniska undervisningen förväntas studenterna att knyta sitt teoretiska kunnande till praktiska situationer, lära av handledarens ledning och av sitt eget handlande. De möter därmed en komplex lärosituation där det kan vara svårt att veta *vad* som skall läras, men också *hur*.

Ett annat framträdande drag i handledningen är att studenten lämnas att själv skapa klarhet i vad som är viktigt att lära och förstå i den kliniska situationen som de tränar eller undervisas om (III). Frågan är därmed vad studenten lär av de kliniska situationerna som de möter, och huruvida ett lärande via en expert är gynnsamt för studentens utveckling av sitt yrkeskunnande, i synnerhet som det inte är tydligt vilka kompetenser studenten förväntas utveckla och på vilket sätt detta ska ske. Inte heller verkar det vara något medvetet intresse från handledaren att säkerställa studentens erfarenhet och förståelse, så länge studenten utför handlingen på ett ändamålsenligt vis. Resultatet pekar också på behovet av att den kliniska handledaren görs medveten om skillnader mellan novisens sätt att resonera och lära och expertens. Att framhålla expertens ställningstagande inför en student t ex i form av icke analytiskt igenkännande vid exempelvis diagnostisering (Norman et al., 2007) eller i form av tidigare erfarenheter, ger lite stöd för studentens egen utveckling av sådant yrkeskunnande (Sefton et al., 2008).

Lauvås och Handal framhåller användning av en reflektionsmodell för handledning, som syftar till att utveckla den kunskapsmässiga basen för en professionell yrkesverksamhet. Modellen innebär en växling mellan handling och reflektion. Genom reflektion skapas en medvetenhet om grunderna för yrket och ökar därmed möjligheterna att kunna förändra och utveckla den professionella kunskapsbasen (Lauvås & Handal, 2001). I den beskrivna handledningen skulle en reflektion, tillsammans med handleda-

ren, över handlandet kunna skapa möjlighet för studenterna att få stöd i att förstå hur de erfarenheter de gör kan användas i andra situationer och hur viktiga kompetenser utvecklas och byggs upp. Samtidigt skulle möjligheter kunna skapas för handledaren att förstå hur situationen uppfattas av den enskilde studenten. I handledningen är det expertens, dvs handledarens, ansvar att skapa arenor för att möjliggöra studentens, dvs novisens, reflektion över upplevda händelser.

Yrkeskunnandets ramar

Resultatet visar att organisationen och kulturen har påverkan på läkarens yrkeskunnande (I, IV). I handledningen förmedlas inom yrket rådande förhållningssätt, som skapar förutsättningar för studentens lärande och handlande (II). Sociologiska studier har tidigare visat att förhållningssätt, rådande inom läkaryrket, har stor betydelse för utvecklingen av yrkeskunnandet (Atkinson, 1997; Becker, 1977; Merton, Reader, & Kendall, 1957). Schön betonar att den professionella kunskapen hör hemma i en gemenskap av praktiker (Schön, 1983). Det innebär att människan kommer att dela centrala strävanden, språk, värderingar och värderingssystem med andra (Molander, 1996; Schön, 1983). Detta synsätt är också överensstämmande med ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv. Handledaren ges rollen som *signifikanta andra* (Mead & Morris, 1934; Trost & Levin, 2004) i och med att studenten är beroende av hennes/hans stöd och hjälp för att klara av den kliniska situationen. Handledaren visar och ger direktiv om hur studenten skall förhålla sig och uppföra sig som läkare. Sjuksköterskor, patienter och annan personal kan antas ha rollen som *generaliserade andra* (Mead & Morris, 1934; Trost & Levin, 2004) genom att de förmedlar normer och värderingar inom hälso- och sjukvården, eller mera precist de normer och värderingar rådande vid en kirurgklinik i Sverige. Det sker exempelvis genom att de riktar frågor till och förväntningar på studenten liknande en läkare vanligtvis ska kunna besvara och hantera. Personalens förväntningar blir därmed ramen för studentens agerande och nödvändiga att följa för att klara sin roll och kunna utföra sina uppgifter. Hur långt studenten kan komma i yrkessocialisationsprocessen är svårt att säga. Uppenbart är, att de förhållningssätt som presenteras för studenterna, är svåra för dem att frånga, om de önskar fullfölja och göra vad som förväntas av dem i den kliniska undervisningen. Förhållningssätten är nödvändiga att följa för att få tillträde till fältet (Kelman, 1961). Det är också troligt att studenterna önskar bli sedda som en blivande läkare och få uppskattning för sitt sätt att agera. Det finns en vilja hos studenten att handla och förhålla sig på ett sätt som är accepterat av handledare och övrig personal (Kelman, 1961). På detta vis kommer de förhållningssätt som förmedlas i handledningen att ha påverkan på studentens socialisation in i yrkesrollen. Det är betydelsefullt att studenterna får möta flera läkare, som kan visa variation i användbara och lyckosamma förhållningssätt i läkarens arbete. En medvetenhet hos handledaren om de förhållningssätt som förmedlas kan också bidra till att hon/han tillsammans med studenten kan reflektera över hur det kan stödja yrkesutövningen.

De prekliniska kunskaperna framhålls i handledningen som avgörande för att klara av läkarens arbete (I, II). Studenten förväntas kunna tolka och förklara den kliniska situationen utifrån sådant kunnande. I handledningen framträder uteslutande de naturvetenskapliga kunskaperna som tolkningsbas. Detta visar på en stark betoning av det naturvetenskapliga kunnandet i utbildningen och hur detta ses som en utgångspunkt

för läkarens yrkeskunnande. I handledningen betonas förhållningssätt tillhörande läkarrollen, t ex att vara kunnig och att alltid utveckla sitt medicinska kunnande och sin kliniska förståelse. En läkare förväntas alltid kunna förklara sitt handlande. Vid fall där det inte finns evidens eller erfarenhet tillgängligt måste läkaren kunna använda sitt logiska tänkande och resonemang. Att redan som student anamma ett sådant förhållningssätt, tycks ibland vara allt för krävande för studenten. Särskilt framträdande är detta i situationer där studenter förväntas inta rollen som läkare inför patienten (II). Att som student, i mötet med patienter, agera som läkare framstår som en särskilt känslig situation och handledarens sätt att agera tycks ha stor betydelse för studentens självförtroende. Studenternas utsatthet i liknade situationer är beskrivet i tidigare studier (Martens et al., 2009; Seabrook, 2004). Den starka betoningen på vad en läkare ska kunna, ska också ses i relation till att läkarexamen endast förbereder för att kunna påbörja AT-tjänstgöring (SFS 1993:100). Frågan är om handledaren balanserar de ställda förväntningarna på läkarnas yrkeskunnande i relation till vad som ska nås under utbildningen, i synnerhet som det är handledning tidigt under den kliniska utbildningen som studerats.

Förhållningssätt som förmedlas till studenterna under handledningen (II) överensstämmer med vad som förväntats ingå i en läkares yrkesutövning, t ex att vara kunnig, att vara lyhörd för patienters behov och förväntningar och att vara empatisk (ABIM, 2003). Resultatet visar även att andra mera underförstådda och outtalade förhållningssätt (Hafferty, 1998) förmedlas till studenterna. Handledaren uppmanar, t ex kvinnliga studenter att inta en mera auktoritär och patriarkal attityd (II). Kvinnliga studenter får därmed inte alltid uppskattning för sitt sätt att agera, vilket upplevs nedvärderande (II). Ett sådant bemötande är framför allt framträdande i de seniora läkarnas beteende. Det kan tyda på att handledare är omedvetna om likabehandling och genusaspekter i undervisningen. En sådan omedvetenhet och brist på reflektion kring traditionella förhållningssätt kan leda till att icke önskvärda värden bibehålls och traderas (Mogensen et al., 2006). Det kan också resultera i att en könssegregation vidmakthålls inom den kirurgiska specialiteten (Dodson & Webb, 2005; Park et al., 2005). Kvinnliga studenter har tidigare beskrivit hur de behandlats patriarkaliskt inom kirurgiska enheter (Seabrook, 2004). Frågan är dock om detta resultat endast beskriver den kirurgiska vården eller illustrerar en mera generell bild av förväntningar på kvinnliga läkare. Kvinnliga läkarstudenter har tidigare beskrivit hur de upplevt att de behandlats anorlunda och inte blir tagna på allvar vid flera enheter under sin utbildning (Seabrook, 2004). Även studier från Sverige har visat att kvinnliga läkarstudenter är mera utsatta för nedsättande omdöme i jämförelse med manliga (Larsson et al., 2003). Att kvinnliga studenter möts med respekt borde vara en viktig fråga för utbildningens företrädare, då läkarstuderande till ca. 60 % utgörs av kvinnor.

De förhållningssätt som överförs till studenten kan också beskrivas som ett antal späningsförhållanden som studenten skall hantera i sin kommande roll som läkare. Studenterna uppmanas att vara lyhörda för patientens perspektiv och önskemål samtidigt som de uppmanades att ta beslut och vara auktoritära. De uppmanas vidare att samarbeta med sjuksköterskan och se henne/honom som en viktig person i arbetet kring patienten och samtidigt inta en överordnad roll och vara kritiska till deras kunskap och förfrågningar (II). Vad detta innebär för studentens förståelse för en läkares hållning i mötet med patienter och sjuksköterskor är svårt att säga. Under handledningen

diskuterades inte sådana frågor närmare och studenterna lämnades själva att forma en innebörd i förhållningssätten. Eftersom förhållningssätten troligen bygger på erfarenhet och formas av erfarenheter (Thång, 1984), behöver studenten själv erfarenhet för att helt förstå dess innebörder och nyanser. Risken är att de tolkas bokstavigt, eller på ett mindre lämpligt sätt, och resulterar i, t ex ett för dogmatiskt handlande. Inom läkarutbildningen har samarbete mellan personalgrupper framhållits som betydelsefullt för att möta krav på en mera patientcentrerad vård (Morison & Jenkins, 2007). Studier har visat att ett auktoritärt beteende bland läkare kan hindra samarbete mellan personal i vården (Reeves et al., 2009). Det är därför av betydelse att förhållningssätt diskuteras och reflekteras under utbildningen så att de kan integreras och hanteras i ett samarbete mellan personalgrupper och med patienter.

Yrkeskunnandets innehåll och uttryck

Organisatoriska förutsättningar och handledarens yrkeskunnande är styrande för innehållet i handledningen. När handledaren visar hur en läkare måste anpassa sitt agerande till de organisatoriska förutsättningarna, blir också de lokala förutsättningarna styrande för det innehåll som presenteras i handledningen (I). Ett sådant innehåll är också framträdande bland de yrkesverksamma läkarna (IV). Härmed framstår kunskap om organisationens förutsättningar som en viktig del av läkares yrkeskunnande.

Innehållet i handledningen styrs också av de patientsituationer som är tillgängliga och handledarens erfarenhet och kunskap kring situationen (III). Innehållet i handledningssituationerna kommer därmed att variera mellan studentgrupperna. Denna variation kan beskrivas som en mindre önskvärd aspekt av mästar-lärlingsmodellen och kan få konsekvenser för studenternas utbildning (Gale & Jackson, 1997).

Innehållet i handledningen är komplext, omfattande och hanteras ofta utifrån handledarens erfarenhet och yrkeskunnande. Handledaren stödjer studenterna i att använda sitt prekliniska kunnande och att koppla sådan kunskap till de kliniska situationerna, samtidigt som mera erfarenhetsbaserat yrkeskunnande presenteras för att kunna hantera situationen (I). Detta kan innebära att handledare riktar uppmärksamheten på olika aspekter av det kliniska kunnandet, t ex poängterade en handledare *vad* som sades till patienten, medan någon annan *hur* det sades. En sådan skillnad i fokus får därmed betydelse för det innehåll som studenterna får ta del av under utbildningen. Det innebär också att studenterna lämnas att själva sammanfoga innehållet, t ex i kommunikation och förhållningssätt.

Betydelsen av att kunna ta klinisk ställning är framträdande i handledningen (I). Studenten uppmuntras att utgå från sitt prekliniska kunnande och knyta sådan kunskap till den praktiska situationen. Denna kunskap lyfts fram som nödvändig för att bygga upp förståelse kring den kliniska situationen (I). På så vis ges studenten möjlighet att förstå och föra ett logiskt resonemang kring hur situationen ska hanteras. Resultatet i studie I visar på den omfattande och komplexa kunskap och kompetens som krävs för att bygga upp förmågan till kliniskt ställningstagande. I litteraturen framhålls kliniska ställningstaganden som ett komplex kunnande som utvecklas i steg. En sådan färdighet inbegriper ett omfattande teoretiskt och kliniskt kunnande (Schmidt & Rikers, 2007). Inom den medicinska utbildningen finns en medvetenhet om denna komplex-

itet och hur utmanande det är för studenten att lära. Många utbildningsenheter har därmed satsat på kliniskt förberedande kurser i syfte att påbörja en sådan utveckling innan studenten möter den kliniska vården (Morison & Jenkins, 2007).

Flertalet studier beskriver skillnader mellan novisers och experters kliniska ställningstaganden (Boshuizen & Schmidt, 1992; Monajemi, Rikers, & Schmidt, 2007; Patel et al., 1986). De är dock ofta inriktade mot diagnostisering och är genomförda i artificiella situationer. I denna avhandling studeras juniora och seniora läkares egna beskrivningar av händelser hämtade från klinisk verksamhet. Studien visar hur yrkeskunnande tar sig uttryck vid eget valda kliniska situationer, innefattande ställningstaganden vid diagnostisering av sjukdom, handhavande av behandling, vid kommunikation, etc (IV). Resultatet i studie IV är i många avseende överensstämmande med andra studier som visar på hur mera erfarna (seniora) använder sin erfarenhet medan de mindre erfarna (juniora läkare) nyttjar mera av teoretiskt kunnande (exempelvis medicinsk teori, regler, modeller) vid kliniska ställningstaganden och beslut (Boshuizen & Schmidt, 1992; Monajemi et al., 2007).

De juniora läkarnas yrkeskunnande kan relateras till flera utvecklingsstadier i enlighet med Dreyfus och Dreyfus (1998) modell. Detta tyder på att de hanterar dels situationer som de har mindre erfarenhet av och dels situationer som de har mera erfarenhet av. Studie IV visar att juniora läkare nyttjar en omfattande teoretisk kunskapsbas vid kliniska ställningstaganden (IV) medan studie I och II visat att studenterna har en snävare kunskapsbas att tillgå. Detta indikerar att juniora läkare utvecklat sin kunskapsbas och förmåga att använda mera sofistikerade regler (Dreyfus & Dreyfus, 1996). Flertalet beskrivningar av den juniore läkares kompetens (IV) visar kompetens i enlighet med den avancerade nybörjaren eller den kompetente. Den avancerade nybörjaren börjar kunna urskilja generella övergripande särdrag som endast kan identifieras genom tidigare erfarenhet medan den kompetente kan se vad i situationen som är mest betydelsefullt och vad som kan lämnas utan avseende (Benner, 1984). Den kompetente är mera erfaren i situationen och börjar se konsekvenser av sina handlingar, vilket innebär att de kan börja prioritera vad som är mest betydelsefullt och vad som kan lämnas utan avseende (Benner, 1984). De juniora läkarna (IV) uttrycker ofta en osäkerhet kring sitt yrkeskunnande, vilket är i överensstämmelse med den avancerade nybörjaren och den kompetente som är upptagna av att urskilja situationen och att kunna prioritera det viktigaste (Dreyfus & Dreyfus, 1996; Dreyfus et al., 1986). Dessa stadier beskrivs som både ansträngande och känslomässigt krävande, eftersom mycket information ska bearbetas och värderas (Carraccio et al., 2008). Studenterna är också osäkra men deras osäkerhet tycks vara relaterad till att inte förstå situationen, dvs vad som utgör problemet och vad som skall lösas.

De juniora läkarna (IV) visar också exempel på skicklighet och till och med expertkunnande (Dreyfus et al., 1986) vid omhändertagande av patienter på akutmottagningen. De ger uttryck för ett ”organisatoriskt expertkunnande”, dvs de har kunskap och erfarenhet kring organisationen, rutiner och olika undersökningar. De kan och vet hur patienter ska utredas och vart de skall remitteras för att få snabbast och mest ändamålsenliga behandling (IV). I sådana situationer framträder också en större säkerhet i handlandet och ett mera uttalat fokus på det unika och/eller specifika i situationen. Enligt Dreyfus och Dreyfus modell, blir därmed sådana ställningstaganden också mindre

krävande (Dreyfus & Dreyfus, 1996). Ett sådant ”organisatoriskt” expertkunnande är inte synligt hos de seniora läkarna. Det kan bero på att sådan kompetens är så självklar eller att den inte anses som viktig att lyfta fram och beskriva. En annan trolig förklaring är att de seniora läkarna inte hanterar situationer som kräver en sådan kompetens, som de juniora läkarna utvecklar i arbetet på en akutmottagning eller akutavdelning.

De seniora läkarna (IV) visar annat expertkunnande (Dreyfus & Dreyfus, 1996). De använder sin erfarenhet och vet vad som ska göras, och på vilket sätt, i såväl etiskt svåra som medicinskt komplicerade situationer. De känner igen sjukdomar och har erfarenhet av sjukdomsförlopp (IV). De påpekar vikten av det unika i situationen. Karaktäristiskt för experten är just ett sådant fokus på den situation de befinner sig i och att de har en subtil och förfinad möjlighet att diskriminera den kliniska situationen. Experten arbetar utifrån en grundlig förståelse av helhetssituationen, som kan vara svår att beskriva (Benner, 1984; Dreyfus & Dreyfus, 1996). En sådan förståelse kan ses i de seniora läkarnas uttalande. Studierna (I, IV) visar att det krävs lång erfarenhet för att utveckla ett expertkunnande och att det tar sin start när studenten under handledningen konfronteras med olika kliniska situationer (I). Det är alltså omöjligt att kräva att studenten ska ”bestämma för att det är du som är doktor” annat än i mycket avgränsade och okomplicerade situationer.

Resultatet visar variationer i de juniora och seniora läkarnas ställningstagande i mötet och i kommunikation med patienter (IV). De seniora läkarna fokuserar det unika och betonar relationen i mötet med patienter. De juniora uttrycker större fokus på sitt handlande i mötet med patienten (IV). En sådan variation kan tolkas som om de seniora läkarna har en större inlevelse i patienters behov. Dreyfus och Dreyfus menar att inlevelsen i den kliniska situationen utvecklas och blir mera framträdande med mera klinisk erfarenhet (Dreyfus & Dreyfus, 1996). Frågan är om de seniora läkarna har en större inlevelse i relationen till patienten. Detta är dock inte möjligt att svara på utifrån denna studie (IV). Enligt Bensing handlar patientcentrering om kommunikation (Bensing, 2000), vilket inte har studerats här. Frågan blir då snarare hur en sådan ”expertinlevelse” hanteras och kommer till uttryck i kommunikationen med patienter. Det har visats i en studie att seniora läkare, med ett mera auktoritärt beteende, kan försvåra en god kommunikation med patienter (Pennbrant, 2009). Det som kan sägas om experters möte med patienter, är att de borde ha mera kognitivt och affektivt utrymme till förfogande, då de inte behöver anstränga sig i lika stor utsträckning som de juniora läkaren, att sortera och värdera vad som ska göras.

Många teorier kring professionell expertis behandlar experter som ofelbara. Studier från psykologin har dock visat att experter faller för många vanliga svagheter i mänskligt beslutsfattande. De riskerar också att låta sin kunskap föråldras och bli lite mindre relevant och otidsenlig (Eraut, 2000). Det är därför viktigt, även för experter, att kritiskt granska sitt beteende och handlande och att värdera dess giltighet i dagens vårdssituation. Expertis kräver således dels ett livslångt lärande och dels en förståelse för sin egen felbarhet (Eraut, 2000).

Reflektion kring det egna handlandet är tydligt i de seniora och juniora läkarnas ställningstaganden. De seniora läkarna visar exempel på självreflektion, då de beskriver hur de reflekterar över sina egna personliga behov i relation till de ställningstaganden

som görs (IV). En sådan självreflektion framträder inte bland juniora läkare (IV) och uppmuntras inte hos studenter (I, II). Frågan är om utbildningen (I, III) skapar tillräckligt utrymme för studenten, att tillsammans med handledaren, reflektera över sina känslor och behov i kliniska situationer, t ex i mötet med patienten eller i samarbetet med sjuksköterskan. En sådan reflektion borde skapa större förutsättning för att utveckla ett expertkunnande. På samma sätt kan man fråga om de juniora läkarna (IV) har möjlighet till sådan självreflektion.

En känslomässig inlevelse i den kliniska situationen i kombination med en stor erfarenhet kan förklara de seniora läkarnas förmåga att vilja och kunna ta etiskt övervägda beslut kring människors liv och död (IV). Detta indikerar också att normer och värden successivt införlivas i beslutsprocesser och ställningstaganden med mera yrkeskunnande. En expert kan inte bara se helheter utan har även en vidare syn där omgivning och kultur inbegrips i uppfattningen av situationen. Carraccio menar att ett sådant kunnande är utmärkande för en mästare och understryker att en riktig mästars handlande karaktäriseras av praktisk visdom (Carraccio et al., 2008). Under handledningen påpekar handledarna att studenterna skall fokusera det unika och ha inlevelse i patienterna situation (I, II). Handledarna (I, II, III) kan förväntas vara experter eller till och med mästare, men frågan är om handledarnas strategier (III) är tillräckliga för att studenterna ska kunna påbörja sin utveckling av och förståelse för inlevelsens betydelse i yrkeskunnandets utveckling. Läkarna borde diskutera och utveckla sin pedagogiska och didaktiska repertoar för att möta studenterna där de är.

Frågan är också om de organisatoriska förutsättningarna skapar möjlighet för de juniora läkarna att bygga upp erfarenheter så att de kan utveckla en mästars hållning (Carraccio et al., 2008) i mötet med alla patientsituationer. De juniora läkarnas arbete innebär att de träffar patienter med mycket varierade problem. Dessutom träffar de patienter under mycket korta tidsintervaller. Deras uppgift är framför allt att, inom ramar för organisationens möjligheter, utreda eller remittera patienten till andra vårdgivare. Sällan finns det möjlighet att mera långsiktigt följa upp åtgärder som vidtagits (IV) (Skyvell Nilsson et al., 2006). Med sådant arbetsförhållande skapas liten möjlighet för en långsiktig förståelse för det egna handlandets betydelse och konsekvenser för patienten. Risken finns att endast ett automatiserat expertkunnande utvecklas. Automatisering innebär att en individ uppnått ett expertkunnande där hon/han med lätthet kan utföra en uppgift och att den känslomässiga inlevelsen minskar. En sådan automatisering av handlandet har en negativ inverkan på utvecklingen av yrkeskunnandet i och med att den intensiva viljan att utvecklas och lära uteblir (Carraccio et al., 2008). Carraccio kallar dessa yrkeskunniga för ”erfarna icke experter” (Carraccio et al., 2008). Även studenterna (I) ges begränsade möjlighet att följa upp och skapa långsiktig förståelse för sitt handlande och för patienters situation.

KONKLUSION

Handledningen framstår som ett mästare-lärlingslärande. Handledningen visar på både möjligheter och brister. Studenter ges möjlighet att praktisera läkaryrket, trots att de ännu inte har kunskap och erfarenhet nog att hantera patientsituationer. Handledningen visar på en otydlighet gällande vad som studenterna förväntas lära och utveckla i den kliniska utbildningen. Studenterna lämnas att själva sortera och ordna vad som ska läras och utvecklas i de kliniska situationerna de möter och hanterar. Studenterna förväntas också hantera förhållningssätt som ibland kan upplevas som krävande, nedvärderande och kan vara svåra att anpassa till en patientcentrerad och teaminriktad vård. Innehållet i handledningen är sällan nivåanpassat till studentens kunskap och erfarenhet eftersom organisatoriska förutsättningar styr de patientfall som studenterna får möta och förväntas hantera. Ett mästare-lärlingslärande där en expert (handledare) lär en novis (student) att utföra kliniska handlingar, framstår därmed som otillräckligt för att garantera en medveten utveckling av yrkeskunnande hos studenter.

Både studenter och yngre läkare ställs inför svåra och utmanade situationer i relation till sin erfarenhet och kompetens. Organisatoriska förhållanden påverkar och influerar utvecklingen av läkarens yrkeskunnande. Kliniska ställningstaganden är framträdande del i en läkares yrkeskunnande. En sådan kompetens är komplex och utvecklas med mera klinisk erfarenhet. Yrkeskunnande hos mindre erfarna läkare lärs också genom att se och höra hur mera erfarna läkare utövar sitt yrke. Detta ställer krav på en pedagogisk medvetenhet hos såväl handledare för studenter, som hos yrkesverksamma läkare. En utveckling av ett pedagogiskt förhållningssätt hos handledare och verksamma läkare skulle därför inte bara ha betydelse för studenter utan komma hela sjukvårdssystemet till godo.

ENGLISH SUMMARY

You are the doctor now, you are in charge

Studies on the development and manifestation of professional knowledge among students and doctors

Introduction

Medical studies are viewed as a form of standard professional training (Strömberg, 1994) and are often presented as the epitome of professional training, with a division into a theoretical part and a practical part. In Sweden, medical school covers 330 university points, which equals five-and-a-half years of full-time studies. A further period of 18 months of practical clinical training, in various medical domains, is required to become a fully licensed doctor.

During the clinical training, the medical students are expected to translate their theoretical knowledge into practical action, while also developing a professional demeanour (Mogensen et al., 2006; Pilhammar Andersson, 1997; Tveiten & Amstrand, 2003; Woolliscroft, 2002). Professional knowledge thus also includes professional socialisation during which the student develops and integrates appropriate attitudes (Kelman, 1961). The supervisor's role is to support the student's development of professional knowledge and his or her socialisation (Lauvås & Handal, 2001). The Swedish National Agency for Higher Education has identified shortcomings in the theoretical medical training program, for example as concerns the integration between courses within the program. It has also aired concerns regarding the quality of the practical clinical training, which is said to be too dependent on the level of commitment and interest of supervisors (Högskoleverket, 2007).

Professional knowledge is personal, is developed throughout life, and is influenced by, for example, the person's education, generation group and culture, and by organisational conditions and personal experiences. As a rule, the professional knowledge is developed, deepened and modified as the doctor over time gains in professional experience (Benner, 1984; Dreyfus et al., 1986; Schön, 1983). Not all professional skills can be described, since they only emerge in actions and/or approaches (Rolf, 1991). A high level of professional knowledge is considered crucial for the ability to take complex and patient-centred decisions in the clinical care (Benner, 1984). When making clinical judgments, or during training, junior doctors often draw on senior doctors for advice and support (Skyvell Nilsson et al., 2006).

Clinical judgments and decision-making, for example when assessing information, making diagnoses or selecting treatments, are a prominent part of a doctor's professional knowledge (Sefton et al., 2008). In this thesis, the clinical judgment is considered in terms of how it creates meaning for the student and doctor, including how they reason and what is considered in the clinical situation. By "professional knowledge", we in this thesis refer to knowledge that translates into actions. Such professional knowledge is based on theoretical knowledge, experience, developed approaches, and

personal approach. Such knowledge is also influenced by cultural and organisational conditions.

This thesis wishes to contribute to better understanding of how doctors' professional knowledge evolves during both their clinical training and professional life. It therefore studies the clinical supervision of medical students and the clinical judgments of active doctors.

Aim

The overall aim of the studies was to describe the supervision of medical students during their clinical training and the professional approaches of doctors when making clinical judgments.

Methods and realisation

The overall theoretical perspective of the thesis is symbolic interactionism. This means that professional knowledge and socialisation are described based on how they emerge and create meaning for medical students and active doctors (Blumer, 1969; Mead & Morris, 1934).

Articles I, II and III, are based on an *ethnographic study*, aiming at describing the contents and form of the supervision. By applying an ethnographic approach, where the researcher is present in the activity, it is possible to study everyday interaction and to ask questions about meanings and interpretations (Pilhammar Andersson, 2008). In this study, the focus was on clinical training during the surgery course of semester 8 of the medical training. Observations and informal conversations were carried out over a period of four months at clinical education wards. Supervision was observed at 27 separate occasions, totalling approximately 100 hours of observation (3 to 4 hours per observation). Twelve supervisors and nine medical students were observed. The main focus of the study was on rounds-related work in clinical education wards. Notes were taken during the observations. The ethnographic study generated three thematic areas: *what was identified as contents during supervision* (I), *attitudes conveyed in supervision* (II) and *pedagogical strategies used by supervisors* (III).

Article IV is based on an *interview study* aiming at describing the way in which junior and senior doctors' professional approaches vary when making clinical judgments. The Critical Incident Technique (CIT) was used for the interviews (Flanagan, 1954). Qualitative content analysis was used for the analysis of the text material (Downe-Wamboldt, 1992). The selection of doctors was strategic in accordance with the study's aim to cover both junior and senior doctors. The selection of interviewees was made within a Swedish university hospital. The material comprises 18 interviews (9 with senior and 9 with junior doctors). The group of senior doctors comprised one woman and eight men, aged 65 to 70 years, with over 30 years of professional experience. The group of junior doctors comprised three women and six men, aged 30 to 44 years, with 1 to 10 years of professional experience. The qualitative content analysis was carried out in several steps: 1. identification of meaning units; 2. coding; and 3. categorisation (Silverman, 2006). The analysis generated eight categories, which de-

scribe the doctors' statements. Lastly, the data was analysed with the aim of identifying variations between junior and senior doctors in terms of approaches (Article IV).

Results

Article I: Contents in supervision: an ethnographic study focusing on 4th-year medical students in clinical education

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Wenestam C-G, Nilsson K, and Pilhammar E.

The ethnographic analysis generated six different areas describing what was identified as contents during supervision: 1) Identify, collect and combine information; 2) Problem solving and decision making; 3) Handling treatment of disease; 4) Practical skill and illustration of technical equipment; 5) Communication with patients; and 6) Handle organizational demands.

To take charge of and manage clinical situations is crucial during the medical supervision, and the various parts of the described contents often appeared concurrently, in an integrated or an overlapping manner, during the supervision. Supervisors did not always clearly indicate what the student was expected to learn and the content was not adapted to promote the student's understanding. In brief, the study shows that students may find it difficult to discern what to learn and what is expected of them during the clinical supervision.

Article II: Attitudes conveyed in the supervision of medical students: an ethnographic study.

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Nilsson K, Samuelsson B, and Pilhammar E.

The ethnographic analysis generated six different areas describing how the student was expected to be: 1) Informed and effective decision makers; 2) Sensitive to patients' needs and expectations; 3) Communicative; 4) Authoritative and patriarchal; 5) Adaptable to organizational demands; and 6) Mindful of nurses' knowledge and requests.

The fact that the student is expected to shoulder the role of being a knowledgeable doctor capable of making decisions while still being a student is experienced as being burdensome. Some doctors manifest a more authoritarian attitude towards patients, nurses and students. Female students found this most disturbing, as they felt less valued than their male fellow students. The results show that students may need support in handling the stress related to attitudes, for instance the need for balance between distance and closeness, being knowledgeable and being open to learning, and working in a patriarchal culture and cooperating with other staff.

Article III: Pedagogical strategies used in clinical medical education: an observational study.

Skyvell Nilsson M, Pennbrant S, Pilhammar E, and Wenestam C-G.

The ethnographic analysis generated a description of seven different pedagogical strategies used by supervisors during the medical supervision: 1) Questions and an-

swers; 2) Lecturing; 3) Piloting; 4) Prompting; 5) Supplementing; 6) Demonstrating; and 7) Intervening.

The focus of the supervision changed as a function of the different perspectives. It was either on the supervisor's knowledge and actions or on the student's actions or understanding. Awareness of the meaning of the strategies for the student's learning and understanding could contribute to enhancing the supervisor's pedagogical skills.

Article IV: Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: implications for medical education.

Skyvell Nilsson M, and Pilhammar E.

The qualitative content analysis generated eight different professional approaches used by doctors when making clinical judgments: 1) Using theoretical knowledge; 2) Using previous experience of cases and courses of events; 3) Adopting an ethical and moral approach; 4) Meeting and communicating with the patient; 5) Focusing on available information; 6) Relying on one's own ability; 7) Getting support and guidance from others; and 8) Being directed by the organization.

In brief, the result shows that professional knowledge is related to experiences and tasks within the health care organisation. Senior doctors know how the care organisation has worked in the past and have enough experience to take decisions concerning long-lasting illness conditions and their consequences. Junior doctors have developed professional knowledge on how to handle patient situations with limited information and personal experience, while facing organisational constraints and opportunities.

Conclusion

Supervision emerges as a master-apprentice-like type of learning (Lauvås & Handal, 2001) and presents both opportunities and shortcomings. During the clinical training, opportunities are created for students to practice the medical profession, despite them still not having sufficient knowledge and experience to fully handle patient situations. However, the supervision appears to suffer from uncertainty regarding what the student is expected to learn and develop during the clinical training. Furthermore, the content of the supervision is not adapted to the students' level of knowledge and experience. The students are left to structure and prioritise the items to learn or develop during the clinical situations they are expected to manage. The students are also expected to handle the supervisor's attitudes, which sometimes may be perceived as demanding and belittling, and which may be difficult to adapt to patient- and team-centred care. Therefore, the master-apprentice-like training mode, in which an expert (the supervisor) teaches a novice (the student) how to perform clinical acts, appears to be insufficient for the purpose of guaranteeing the development of skills that are crucial for a future doctor.

Both students and junior doctors are faced with difficult and challenging situations in relation to their experience and competence. The ability to make clinical judgments is crucial for a doctor's professional knowledge. Such knowledge is complex and is developed when further clinical experience is gained. The development of profes-

sional knowledge is dependent on experience and context. It is also gained by observing more experienced doctors when working, who often act as supervisors for their younger colleagues. This places demands on the knowledge and pedagogical awareness of both supervisors, as well as on senior doctors. Therefore, the development of a pedagogical demeanour among supervisors and active doctors would be useful for both students and for the health care organisation in general.

TACK

Ett avhandlingsarbete är inte möjligt utan alla som är delaktiga, stöder och hjälper till runt omkring. Därför har jag många att tacka.

Först skulle jag vilja rikta ett stort tack till alla yrkeskunniga handledare, läkare, studenter och övrig personal som deltagit och gjort studierna möjliga att genomföra. Tack för att ni öppet och välvilligt visat och berättat om ert arbete och delat med av era erfarenheter.

Av avgörande betydelse för ett avhandlingsarbete är handledarna. Därför vill jag rikta ett stort tack till er.

Ewa Pilhammar Andersson som huvudhandledare, medförfattare och projektledare. Du introducerade mig i forskarvärlden och forskarutbildningen, därför har du i allra högsta grad bidragit till att jag överhuvudtaget blev doktorand. Tack, för att du trodde på mig och att du följt mig, givit mig stöd och delat med dig av din stora kunskap kring forskningsmetodik och forskningsområdet.

Claes-Göran Wenestam som bi-handledare och medförfattare. Vars tankar och idéer varit avgörande för vissa delar av avhandlingen. Ditt sätt att öppet och intresserat möta mina funderingar och frågor, samt din vilja till att diskutera och utforska nya områden har bidragit till min utveckling som forskarstuderande.

Kerstin Nilsson som granskare vid mitt- och slutseminarium och medförfattare. Du har också tagit plats som bi-handledare under senare delen av mina forskarstudier. Tack, för ditt engagemang, din uppmuntran, din aldrig sinande energi och för att du hjälpte mig i hamn.

Även andra som varit delaktiga i avhandlingens studier vill jag tacka.

Bo Samuelsson som medförfattare och för din hjälp att introducera oss bland läkargruppen och därmed gjorde LEK-projektet genomförbart.

Sandra Pennbrant som doktorandkollega och medarbetare i delstudie I-III. Din vänliga, stöttande och intresserade hållning gör det alltid utvecklande och roligt att arbeta med dig.

Anneka Knutsson som medarbetare vid intervjustudien. Tack för intressanta diskussioner och stöd.

Många andra, som jag gärna vill tacka, har funnits med under detta avhandlingsarbete. *Anita Lindahl, Annica Lagström, Ann-Mari Campbell, Desirée Liljefeldt, Elisabeth Carlson, Håkan Nunstedt, Inger Jansson, Magdalena Gershater* och *Margareta Mattsson Jerrestrand*, doktorandkollegor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Ett särskilt tack för alla givande diskussioner och att ni delat med av era erfarenheter. Tack också för allt stöd och uppmuntran!

Febe Friberg, Ingrid Toshach Gustavsson, Mats Wahlqvist, och Per-Olof Thång, som granskare vid mitt- och slutseminariet. Tack för era insiktsfulla kommentarer.

Fiona Lovén, Hilary Hocking och Partick Ekelund, vill jag tacka för hjälpen med engelsk språkgranskning och översättning.

Jag vill också tacka *Eva Thydén* som hjälpt mig med layouten till avhandlingen.

Riktar även ett tack till Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen, för finansiering av doktorandanställning.

Till sist vill jag tacka min älskade familj *Boris, Nike och Kajsa*. Utan er tror jag inte detta varit möjligt och absolut inte lika roligt. Tack *Boris*, för att du alltid troget och uthålligt finns vid min sida. Tack *Nike* och *Kajsa* för att ni är de fantastiska personer ni är.

REFERENSER

- ABIM. (2003). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Journal of the American College of Surgeons*, 196(1), 115-118.
- Andersson, B.-E., & Nilsson, S.-G. (1964). Studies in the reliability and validity of the critical incident technique. *Journal of Applied Psychology*, 48(6), 398-403.
- Association of American Medical Colleges. (2009). *Scientific Foundations for Future Physicians*. Washington: Association of American Medical Colleges.
- Atkinson, P. (1997). *The clinical experience: the construction and reconstruction of medical reality* (2. ed.). Aldershot: Ashgate.
- Atkinson, P., & Pugsley, L. (2005). Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education*, 39(2), 228-234.
- Beach, D. (2005). From fieldwork to theory and representation in ethnography. I G. Troman & B. Jeffrey & G. Walford (Eds.), *Methodological Issues and Practices in Ethnography*. Amsterdam: Elsevier JAI.
- Beaudoin, C., Maheux, B., Cote, L., Des Marchais, J. E., Jean, P., & Berkson, L. (1998). Clinical teachers as humanistic caregivers and educators: perceptions of senior clerks and second-year residents. *Canadian Medical Association Journal*, 159(7), 765-769.
- Becker, H. S. (1977). *Boys in white: student culture in medical school*. New Brunswick: Transaction.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Allen Lane Penguin.
- Bisholt, B. (2009). *Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation: erfarenheter av ett introduktionsprogram*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Boshuizen, H. P. A., & Schmidt, H. G. (1992). On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive Science*, 16(2), 153-184.
- Carlson, E., Wann-Hansson, C., & Pilhammar, E. (2009). Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Education Today*, 29(5), 522-526.
- Carraccio, C. L., Benson, B. J., Nixon, L. J., & Derstine, P. L. (2008). From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. *Academic Medicine*, 83(8), 761-767.

- Cote, L., & Leclere, H. (2000). How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Academic Medicine*, 75(11), 1117-1124.
- Cribb, A., & Bignold, S. (1999). Towards the reflexive medical school: The hidden curriculum and medical education research. *Studies in Higher Education*, 24(2), 195-209.
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2006). Teaching professionalism: general principles. *Medical Teacher*, 28(3), 205-208.
- Davies, K. (2003). The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), 720-742.
- Delva, M. D., Schultz, K. W., Kirby, J. R., & Godwin, M. (2005). Ambulatory teaching: do approaches to learning predict the site and preceptor characteristics valued by clerks and residents in the ambulatory setting? *BMC Medical Education*, 5, 35.
- Dodson, T. F., & Webb, A. L. (2005). Why do residents leave general surgery? The hidden problem in today's programs. *Current Surgery*, 62(1), 128-131.
- Dornan, T., Boshuizen, H., King, N., & Scherpbier, A. (2007). Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Medical Education*, 41(1), 84-91.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321.
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1996). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. I P. Benner & C. A. Tanner & C. A. Chesla (Eds.), *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement, and ethics*. New York: Springer Publishing company.
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford: Basil Blackwell.
- Edvarsson, B., & Roos, I. (2001). Critical incident techniques. Towards a framework for analysing the criticality of critical incidents. *International Journal of Service Industry Management*, 12(3), 251-268.
- Elnicki, D. M., Kolarik, R., & Bardella, I. (2003). Third-year medical students' perceptions of effective teaching behaviors in a multidisciplinary ambulatory clerkship. *Academic Medicine*, 78(8), 815-819.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Elstein, A. S., Shulman, L. S., & Sprafka, S. A. (1979). *Medical Problem Solving. An analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, Massachusetts Harvard University Press.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (1995). *Writing ethnographic field notes*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Eraut, M. (2000). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer.
- Fangen, K., & Nordli, H. (2005). *Deltagande observation*. Malmö: Liber ekonomi.
- Fernando, N., McAdam, T., Cleland, J., Yule, S., McKenzie, H., & Youngson, G. (2007). How can we prepare medical students for theatre-based learning? *Medical Education*, 41(10), 968-974.

- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-357.
- Gale, T., & Jackson, C. (1997). Preparing professionals: Student teachers and their. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 25(2), 177.
- Grahn, G. (1993). Erfarenhetens tysta förtrogenhetskunskap. I P. Benner (Ed.), *Från Novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Groen, G. J., & Patel, V. L. (1985). Medical problem-solving: some questionable assumptions. *Medical Education*, 19(2), 95-100.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: principles in practice* (3 uppl. ed.). Milton Park, Abingdon, Oxon; New York: Routledge.
- Heidenreich, C., Lye, P., Simpson, D., & Lourich, M. (2000). The search for effective and efficient ambulatory teaching methods through the literature. *Pediatrics*, 105(1 Pt 3), 231-237.
- Higgs, J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3. ed.). Amsterdam: BH/Elsevier.
- Higgs, J., & Jones, A. M. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. I J. Higgs & M. A. Jones & S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*. Amsterdam: BH/Elsevier.
- Howe, A. (2002). Professional development in undergraduate medical curricula- the key to the door of a new culture? *Medical Education*, 36(4), 353-359.
- Howkins, E. J., & Ewens, A. (1999). How students experience professional socialisation. *International Journal of Nursing Studies*, 36(1), 41-49.
- Högskoleverket. (2007). *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. Del 2: Utbildningsbeskrivningar och bedömningar* (2007:23R). Stockholm: Högskoleverket.
- Irby, D. M. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Academic Medicine*, 70(10), 898-931.
- Jeffrey, B., & Troman, G. (2004). Time for ethnography. *British Educational Research Journal*, 30(4), 535-548.
- Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2007). From calling to a scheduled vocation: Swedish male and female students' reflections on being a doctor. *Medical Teacher*, 29(1), e1-8.
- Kelman, H. C. (1961). Processes of Opinion Change. *The Public Opinion Quarterly*, 25(1), 57-78.
- Kimchi, J., Polivka, B., & Stevenson, J. S. (1991). Triangulation: operational definitions. *Nursing Research*, 40(6), 364-366.
- Kursplan. (LÄ082K). *Kirurgi 30 högskolepoäng* (Fastställd 2005-07-05, reviderad 2007-08-20). Göteborg: Sahlgrenska akademien: Programrådet för medicinsk utbildning/ Programkommittén för medicinsk utbildning.

- Larsson, C., Hensing, G., & Allebeck, P. (2003). Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Medical Education*, 37(1), 39-50.
- Lauvås, P., & Handal, G. (2001). *Handledning och praktisk yrkesteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M. (1994). Evaluation, Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. I J. M. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*, 329(7469), 770-773.
- Lindgren, G. (1999). *Klass, kön och kirurgi: relationer bland vårdpersonalen i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lindgren, S., & Danielsen, N. (2007). Från ämnesbaserad linje till resultatstyrt program. *Läkartidningen* 104(38), 2693-2697.
- MacDougall, J., & Drummond, M. J. (2005). The development of medical teachers: an enquiry into the learning histories of 10 experienced medical teachers. *Medical Education*, 39(12), 1213-1220.
- MacIntosh, J. (2003). Reworking professional nursing identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(6), 725-741.
- Martens, M. J., Duvivier, R. J., van Dalen, J., Verwijnen, G. M., Scherpbier, A. J., & van der Vleuten, C. P. (2009). Student views on the effective teaching of physical examination skills: a qualitative study. *Medical Education*, 43(2), 184-191.
- Mead, G. H., & Morris, C. W. (1934). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviourist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Merton, R. K., Reader, G. G., & Kendall, P. L. (1957). *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- MFR. (2003). World Medical Association Declaration of Helsinki. I *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska Forsknings Rådet.
- Mogensen, E. (1994). *Lära i praktiken: en studie av sjuksköterskeutbildningens kliniska avsnitt* Stockholm: Universitet.
- Mogensen, E., Löfmark, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2006). *Klinisk utbildning i högskolan: perspektiv och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Monajemi, A., Rikers, R. M., & Schmidt, H. G. (2007). Clinical case processing: a diagnostic versus a management focus. *Medical Education*, 41(12), 1166-1172.
- Morison, S., & Jenkins, J. (2007). Sustained effects of interprofessional shared learning on student attitudes to communication and team working depend on shared learning opportunities on clinical placement as well as in the classroom. *Medical Teacher*, 29(5), 464-470.

- Neufeld, V. R., Norman, G. R., Feightner, J. W., & Barrows, H. S. (1981). Clinical problem-solving by medical students: a cross-sectional and longitudinal analysis. *Medical Education*, 15(5), 315-322.
- Nilsson, G. (2009). Nytt läkarprogram på KI. *Läkartidningen* 106(44), 2848-2855.
- Nordenstrom, J., & Lindgren, S. (2007). Svensk läkarutbildning är bra men kan bli bättre. *Läkartidningen*, 104(38), 2686-2688.
- Norman, G., Young, M., & Brooks, L. (2007). Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Medical Education*, 41(12), 1140-1145.
- Norman, I. J., Redfern, S. J., Tomalin, D. A., & Oliver, S. (1992). Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), 590-600.
- Park, J., Minor, S., Taylor, R. A., Vikis, E., & Poenaru, D. (2005). Why are women deterred from general surgery training? *American Journal of Surgery*, 190(1), 141-146.
- Patel, V. L., Groen, G. J., & Frederiksen, C. H. (1986). Differences between medical students and doctors in memory for clinical cases. *Medical Education*, 20(1), 3-9.
- Pennbrant, S. (2009). *Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet dem emellan: en studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.
- Pilhammar Andersson, E. (1994). *Sjuksköterskors föreställningar om utbildning och yrkesfunktion*. Rapport 1994:6. Vårdpedagogik - Omvårdnad. Institutionen för vårdlära-
rutbildning, Göteborgs universitet.
- Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet: en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (1997). *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Pilhammar Andersson, E. (2008). Etnografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Polanyi, M. (1983). *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*. London: Routledge.
- Pope, C., Smith, A., Goodwin, D., & Mort, M. (2003). Passing on tacit knowledge in anaesthesia: a qualitative study. *Medical Education*, 37(7), 650-655.
- Prince, K. J., Boshuizen, H. P., van der Vleuten, C. P., & Scherpbier, A. J. (2005). Students' opinions about their preparation for clinical practice. *Medical Education*, 39(7), 704-712.
- Radcliffe, C., & Lester, H. (2003). Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Medical Education*, 37(1), 32-38.
- Ramsden, P. (2003). *Learning to teach in higher education*. London: Routledge Falmer.
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K. L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633-645.

- Rolf, B. (1991). *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Nya Doxa.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107-114.
- Schmidt, H. G., Norman, G. R., & Boshuizen, H. P. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. *Academic Medicine*, 65(10), 611-621.
- Schmidt, H. G., & Rikers, R. M. (2007). How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Medical Education*, 41(12), 1133-1139.
- Schultz, K. W., Kirby, J., Delva, D., Godwin, M., Verma, S., Birtwhistle, R., Knapper, C., & Seguin, R. (2004). Medical Students' and Residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 4, 12.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Seabrook, M. A. (2003). Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. *Medical Education*, 37(3), 213-222.
- Seabrook, M. A. (2004). Clinical students' initial reports of the educational climate in a single medical school. *Medical Education*, 38(6), 659-669.
- Sefton, A., Gordon, J., & Field, M. (2008). Teaching clinical reasoning to medical students. I J. Higgs & M. A. Jones & S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*. Amsterdam: BH/Elsevier.
- Selander, S. (2001). Hantverkare och mandarin? Om den professionella utbildningens didaktik. I D. Tedenljung (Ed.), *Pedagogik med arbetslivsinriktning*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen. Examensordning för yrkesverksamma. Svensk Författningssamling*. 1993:100 Omtryckt: SFS 1998:1003, Uppdaterad: t.o.m. SFS 2009:770.
- SFS 1997:134. *Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk Författningssamling*. 1982:763 reviderad 1997:142.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. London: SAGE.
- Sinclair, S. (1997). *Making doctors: the institutional apprenticeship*. Oxford: Berg.
- Skyvell Nilsson, M., Knutsson, A., Samuelsson, B., Lönnroth, P., & Pilhammar Andersson, E. (2006). *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap. Delrapport 1, Erfarenhetens professionella uttryck*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Skyvell Nilsson, M., & Wenestam, C.-G. (2006). *Rationalitet och variation vid diagnostisering av misstänkt akut appendicit: en kvalitativ studie av handlägningsprocessen*. Forskningsrapport. Centrum för Hälsovårdsanalys (CHSA), Göteborg.
- Smith, A., Goodwin, D., Mort, M., & Pope, C. (2003). Expertise in practice: an ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 91(3), 319-328.

- Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2005). Communication between anesthesiologists, patients and the anesthesia team: a descriptive study of induction and emergence. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 52(9), 915-920.
- Smith, L. G. (2005). Medical professionalism and the generation gap. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 439-442.
- SOU 2003:99. *Ny sekretesslag. Svensk Författningssamling*. Statens offentliga utredningar, 2003:99. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Strömberg, B. (1994). *Lärarkyrket - en profession?: en överblick och några funderingar i anslutning till aktuell professionsforskning*. Rapport, 1994:2. Vårdpedagogik - Omvårdnad. Institutionen för vårdläro- och utbildning, Göteborgs universitet.
- Sveriges Läkarförbund. (2009). *Vägen till läkarkyrket*. Tillgänglig: <http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=28581> [2009-08-12].
- Thång, P. O. (1984). *Vuxenlärares förhållningssätt till deltagar erfarenheter: en studie inom AMU*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Torre, D. M., Sebastian, J. L., & Simpson, D. E. (2003). Learning activities and high-quality teaching: perceptions of third-year IM clerkship students. *Academic Medicine*, 78(8), 812-814.
- Trost, J., & Levin, I. (2004). *Att förstå vardagen: med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Tsai, T. C., Harasym, P. H., Coderre, S., McLaughlin, K., & Donnon, T. (2009). Assessing ethical problem solving by reasoning rather than decision making. *Medical Education*, 43(12), 1188-1197.
- Tveiten, S., & Amstrand, B. (2003). *Yrkesmässig handledning - mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Utvidgad kursplan för kursen i kirurgi, läkarutbildningen. (Utfärdad 2005-07-05). Tillgänglig: Kursportalen: www.gu.se [2006-03-25].
- van de Wiel, M. W. J., Boshuizen, H. P. A., Schmidt, H. G., & Schaper, N. C. (1999). The Explanation of Clinical Concepts by Expert Physicians, Clerks and Advanced Students. *Teaching and Learning in Medicine* 11(3), 153-163.
- Wear, D., Kokinova, M., Keck-McNulty, C., & Aultman, J. (2005). Pimping: perspectives of 4th year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 17(2), 184-191.
- Weissmann, P. F., Branch, W. T., Gracey, C. F., Haidet, P., & Frankel, R. M. (2006). Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. *Academic Medicine*, 81(7), 661-667.
- Williams, K. N., Ramani, S., Fraser, B., & Orlander, J. D. (2008). Improving bedside teaching: findings from a focus group study of learners. *Academic Medicine*, 83(3), 257-264.
- Woolliscroft, J. O. (2002). Medical Student Clinical Education. I G. R. Norman & D. I. Newble & C. van der Vleuten (Eds.), *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: Kluwer.

- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tillgänglig: <http://www.slfl.se/upload/4404/DoH-Oct2008.pdf> [2009-11-25].
- Yonge, O., Billay, D., Myrick, F., & Luhanga, F. (2007). Preceptorship and mentorship: not merely a matter of semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4, Article 19.

Appendix I

Observation	Handledare	Student	Plats	Observatör
1	A	I	Kirurgmottagning III*	SP
2	H	I	KUA I	SP+MSN
3	H	I	KUA I	SP
4	C	II	KUA II	SP
5	C	II	KUA II	SP
6	C	II	KUA II	SP
7	D	III	KUA III	SP
8	L	III	KUA III	SP
9	K	III	KUA III	SP
10	D	IV	KUA, III	SP
11	D	IV	KUA, III	SP
12	E	IV	KUA, III	SP
13	E	V	KUA, II	SP+MSN
14	E	V	KUA, II	SP+MSN
15	E	V	KUA, II	SP+MSN
16	F	VI	KUA, I	MSN
17	F	VI	KUA, I	MSN
18	G	VI	OR, II	MSN
19	H	VII	KUA, I	MSN+SP
20	I	VII	KUA, I	MSN
21	I	VII	KUA, I	MSN
22	B	VIII	KUA, II	MSN
23	B	VIII	OR, II	MSN
24	J	VIII	Praktisk demonstration, II	MSN
24	E	IX	KUA, II	MSN+SP
26	E	IX	KUA, II	MSN+SP
27	E	IX	KUA, II	MSN+SP

* Sjukhus.

Schema gällande observationer, handledare, studenter, plats och observatör.

Appendix II

Handledare	Ålder	Klinisk erfarenhet	Titel	År som handledare
A	58	32	Specialist	23
B	58	24	Specialist	23
C	64	30	Specialist	
D	65<	40	Specialist/Professor	*
E	42	18	Specialist/Med. dr	7
F	42	18	Specialist/Med. dr	6
G	36	9	Specialist	3
H	59	30	Specialist	30
I	50	26	Specialist	25
J	53	26	Specialist/Docent	10
K	55-65	*	Specialist	*
L	Ca 50	*	Specialist/Studierektor	*

* frågan var aldrig ställd

Handledares ålder, klinisk erfarenhet, titel och år som klinisk handledare