

# Klinikken som lærende organisation

Helge Madsen, Jørgen Andersen, Berit Lassen & Beth Elverdam

*Metode til opbygning af viden og kompetencer i klinikken*

*Almen praksis udvikler sig med hastige skridt mod større enheder med mere ansat klinikpersonale, som varetager selvstændige konsultationer. Dette stiller krav til klinikkens læger i forhold til at skabe et miljø, hvor der sker en systematisk videreuddannelse. Fokus på modeller for et frugtbart samarbejde og en systematisk vidensdeling mellem personalegrupperne med relevans for det daglige kliniske arbejde, er væsentligt. Uddannelsen kan foregå dels i klinikken og dels uden for. Det sidste markeret bl.a. ved den overenskomstmæssige ret til uddannelsesdage for personale.*

## BIOGRAFI:

Helge Madsen, Jørgen Andersen og Berit Lassen er praktiserende læger i Korsør. Helge Madsen er PLA-medlem af styregruppe og fagudvalg i Klinikpersonalets Uddannelsesfond og har tidligere været efteruddannelsesvejleder og uddannelseskonsulent i lægeforeningen. Beth Elverdam er antropolog og lektor ved Institut For Almen Medicin, Syddansk Universitet, Odense.

## HELGE MADSENS ADRESSE:

Lægecenter i Korsør, Gl. Banegårdsplads 4, 1. sal, 4220 Korsør. E-mail: hm@lc-k.dk

I denne artikel vil vi sætte arbejdet med kompetenceudvikling i praksis ind i en større teoretisk sammenhæng. Vi går fra det specifikke/konkrete til det generelle, for at sætte det i spil med den indsigt, som forskere, der arbejder med læring i praksis, har draget frem for at forstå det, der sker.

Konkret beskriver vi tankerne bag valg af læringsmetode og eksempler på tilrettelæggelse og gennemførelse af uddannelse internt i Lægecenter Korsør, en klinik med 3 praktiserende læger, 1 uddannelseslæge, 5 sygeplejersker på deltid og 1 kontorassistent, også på deltid.

Med udgangspunkt i tanken om, at »taburetten almen praksis« hviler på 3 ben: Ledelse, faglighed, og praksiskultur, beskrives hvordan vi som en del af ledelsesansvaret har opbygget et socialt fællesskab i læringen.

## Kompetenceudvikling i egen praksis

Dagens samfund ses som et videnssamfund, hvor det er vigtigt, at den enkelte hele tiden følger med i udviklingen og de ændringer, der sker i den relevante viden inden for ens felt. Der er således ikke et tidspunkt, hvor man kan læne sig tilbage i bevidstheden om at vide alt det, der er nødvendigt for at kunne bestride det daglige arbejde. Inden for det medicinske felt, har man længe haft tradition for efteruddannelse og set denne som livslang læring.

Samtidig har man fra statens side etableret et felt, kaldet kompetenceudvikling, hvor den enkelte og dennes arbejdsplads er ansvarlig for den enkelte medarbejders udvikling af faglig kompetence.

Et godt udgangspunkt for tilrettelæggelse af uddannelse er medarbejderudviklingssamtaler (MUS), som i vid udstrækning handler om at planlægge denne kompetenceudvikling i sam- og fremtiden. Her kan den enkelte medarbejder med lederen som refleksionspartner finde frem til egne behov og ønsker. Dette kan efterfølgende koordineres med lægernes (ledernes) tanker om klinikkens indsats- og udviklingsområder. Man går fra den enkeltes personlige læreplan til klinikens samlede læreplan. I den proces kan vi anbefale, at også lægerne medinddrager deres personlige læreplaner.

Såvel for medarbejdere som for arbejdspladsen er kompetenceudvikling en ressource i forhold til arbejdsmarkedet og det daglige arbejde. MUS placerer kompetenceudviklingen som en naturlig del af hverdagens arbejdsliv, og da almen praksis' størrelse og antal ansatte øges, giver det mening at knytte kompetenceudviklingen til den enkelte praksis. Der er to andre forhold, som gør, at en del kompetenceudvikling flyttes ud i de enkelte praksis i stedet for som tidligere, hvor det var den enkelte medarbejder, som tog på kursus og efteruddannede sig sammen med fagfæller. Dels er de enkelte almene praksis blevet større og har dermed mulighed for at flytte kompetenceudviklingen ud i egen praksis. Dels har den indsigt, man har fået i relation til selve læringsprocessen, ændret denne fra vidensformidling (fx foredrag) til erfaringslæring.

### **Værdigrundlag som basis for klinikkens målsætning og arbejds- og undervisningsmetoder**

Det mål, der sigtes imod, må være en høj kvalitet dels af de enkelte konsultationsforløb, dels af de langsigtede forløb for kronisk syge. Desuden at der er en fælles linje, uanset om det er fast læge, uddannelseslæge eller personale, som varetager den enkelte kontrol.

Det stiller efter vores mening krav til, at lægerne i en fælles klinik er nødsaget til at fokusere på at skabe et fælles *værdigrundlag*, som kan danne basis for enighed om *arbejdsmetoder, undervisningsmetoder og målsætninger* for klinikkens arbejde. Et fælles værdigrundlag handler om at skabe en fælles forståelse for, hvad høj kvalitet er, og hvordan den udvikles og stimuleres (Tabel 1).

Det koster energi og tid at udarbejde et værdigrundlag, at tilrettelægge og gennemføre intern undervisning, og efterfølgende at fastholde en fremadrettet udvikling, men vores første hovedbudskab er, at det til fulde er investeringen værd. Det skaber et godt læringsmiljø med tryghed til at erkende læringsbehov, giver alle i klinikken lyst til at lære, stimulerer til at være nysgerrig og »undre sig« Et godt læringsmiljø gør, at man tør pege på og diskutere behandlingsprincipper, også der hvor vi ikke længere gør det godt nok. I et godt læringsmiljø påviser vi ikke u hensigtsmæssige hændelser og fejl for at kritisere, men for at sikre udvikling af nye rutiner, så risikoen for, at det sker igen for en af os, mindskes. Samtidig skal der fokuseres på anerkendelse og det, der fungerer godt. Dermed øges arbejdsglæden, og der akkumuleres overskud til udviklingsarbejdet.

Værdier generelt <sup>1)</sup>	Vores værdigrundlag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Værdier drejer sig om begrundelserne for vore handlinger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God kvalitet for os er at inddrage og udnytte patientens ressourcer, kendt medicinsk viden og det kommunikative redskab bedst muligt til gavn for patienten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Værdier danner udgangspunkt for de mål, vi stiller os som individer og som organisationer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi er generalister og ikke specialister</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Værdier bruger vi til at afgøre, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert, hvad der er godt, og hvad der er mindre godt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vores styrke ligger i den gode relation til patienten opbygget over tid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Værdiarbejde bør betragtes som forandringsarbejde i større eller mindre omfang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi søger den nødvendige viden og kompetence gennem samarbejde og vidensdeling</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En forandring knyttet til struktur, identitet og kultur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi opbygger erfaring i teamarbejde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Værdier er et samspil mellem de samfundsgivne betingelser og forvaltningen af disse i den daglige praksis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi opfatter forandring som en udfordring og ikke en trussel</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi ønsker at kvalitetssikre, ikke ved at lede efter fejl, men ved at lede efter muligheder for at indføre gode rutiner, der forebygger fejl</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbejde med målsætning og anerkendelse er arbejdsmetoder i udviklingsarbejdet</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur på arbejdet er nødvendig for at frigøre energi og tid til udviklingsarbejdet</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi ønsker en arbejdsplads, hvor den enkelte medarbejders trivsel er i fokus</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fællesskabet i klinikken styrkes af fælles ansvar for fælles mål</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der skal være plads til humor og en god snak om livet uden for praksis</li> </ul>

Tabel 1. Værdigrundlag. Kilde: (1).

Vores »fælles« værdigrundlag blev etableret i en proces, hvor vi omstrukturerede og udviklede vores praksis i forbindelse med involvering af sygeplejersker i kontrol og behandling af klinikkens patienter – en del af grundlaget var implicit og årsag til, at vi gik i gang, som vi gjorde, men efterfølgende er det blevet klart for os, at et forudgående arbejde med eksplicit at formulere et værdigrundlag i samarbejde med personalet i høj grad vil skabe klarhed for alle i forhold

til, hvorfor og især hvordan et uddannelsesforløb kan blive frugtbart.

Når der er opnået en fælles forståelse for, hvad god kvalitet er, er enighed om veje dertil, herunder den grundlæggende samværsform og samarbejdsform, en forudsætning for, at udviklings- og forandringsprocessen bliver en succes. Her valgte vi at skabe en fælles enhed med fokus på teamarbejde, åbenhed, fælles viden og ansvarlighed for udvikling og uddannelse.



Det er et ledelsesansvar, at personalet er veluddannet til at varetage aftalte opgaver. Samtidig skal lægerne sikre en løbende faglig og organisatorisk udvikling af hele klinikken. Foto: Lægecenter Korsør.

Et fokusområde for os har været, at erhvervelse af specialviden er et gode, som skal deles med andre – vi kan godt have en læge eller sygeplejerske med specialviden på et område, men området bliver ikke denne persons ejendom, idet der med specialviden følger en forpligtelse til at dele den med andre.

Værdigrundlaget har dannet basis for en metode i undervisningen, som består i en fælles vidensformidling til alle i klinikken, hvor vi som en del af undervisnings-situationen drøfter og uddrager de elementer i det tillærte, som har værdi for vores klinik og følger dette op med en forpligtende aftale om at iværksætte indførelsen af ønskede nye metoder fra en bestemt dato.

### Kort vej fra kursus til ændret procedure

Første eksempel på dannelse af et socialt fællesskab i læringsprocessen omhandler undervisningen i forbindelse med om-lægning af vores rutiner omkring udredning af urinvejsinfektioner. Vi besluttede i lægegruppen at afskaffe urindyrkning som vores standardundersøgelse ved mistanke om cystitis og i stedet lade sygeplejerskerne varetage både mikroskopi af urinprøverne og behandling af ukomplerede tilfælde af urinvejsinfektioner. Personalet var parat til at påtage sig den udfordring under forudsætning af passende supervision.

På trods af at lægerne tidligere havde været på mikroskopikurser, planlagde vi

en hel kursusdag på en lørdag i vores egen klinik.

Opfølgningen var ganske klar: Allerede om mandagen skulle vi overgå til mikroskopi. Vi engagerede en ekstern underviser (*Per Grinsted*), som mødte op med mikroskoper og medbragte urinprøver, som vi alle mikroskoperede og diskuterede. Derved vidste alle, hvad der var blevet undervist i, og vi fik en fælles metode og procedure for håndtering af patienter med dysuri og bakteriuri. Personalet fik undervejs anskueliggjort, at vi som læger også kunne være i tvivl om diagnose og tolkning af urinprøverne. Sygeplejerskerne varetager nu fuldt ud urinmikroskopierne, og i tvivlstilfælde spørger de først deres kolleger og derefter lægerne til råds.

I udvalgte tilfælde dyrker vi stadigvæk urinen, og den involverede behandler kan så dagen efter mikroskopere materiale fra dyrkningspladen. Ved at vælge denne læringsform kunne vi fra dag til dag ændre klinikkens procedure.

### Undervisning som grundlag for diabetesambulatorium

Det næste projekt var af en ganske anden kaliber, idet det bestod i arbejdet med at uddelegere dele af diabeteskontrollerne til vores sygeplejersker. Processen er tidligere omtalt i *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, og her vil vi gå mere i dybden med de konkrete undervisningstiltag (Boks 1).

Igen var udgangspunkterne klare:

- 1) Vi vidste som læger, hvad vi ville (ledelsesbeslutning), og vi var enige om visionen.
- 2) Vi vidste fra dagligdagen og MUS, at

sygeplejerskerne gerne ville arbejde med selvstændige konsultationer.

Næste skridt var at præsentere indholdet af og de mulige kontroller, vi som læger gerne ville uddelegere. Sygeplejerskerne skulle herefter tage stilling til:

- 1) Hvad kunne/ønskede de at påtage sig?
- 2) Hvad krævede det af uddannelse (viden, færdigheder, holdninger)?
- 3) Hvordan kunne det bedst læres, for den enkelte og for fællesskabet?

Undervisningen blev herefter planlagt og gennemført i vores egen klinik, med os selv som undervisere. Det er flere klare styrker ved denne form for undervisning i egen klinik:

1. Fællesskabet i læringsituationen (samtidighed).
2. Fælles læring (samme grundviden).
3. Fælles ansvar for processen og fastholdelse af det lærte/besluttede.
4. En klar sammenhæng med undervisning og daglig klinisk arbejde (enighed om relevans).

Vi kan kun anbefale selv at undervise. Dels giver det nødvendigvis (undervise-

- Vi har den nødvendige viden
- Vi kan formidle denne viden til personalet
- Vi vil bruge den nødvendige tid til undervisning
- Vi har vores egen håndbog, som vi kan bruge som opslagsbog og til at fastholde viden

Boks 1. *Undervisning i egen klinik, forudsætninger:*

- Teoretiske overvejelser bag oprettelsen af diabetesambulatoriet
- Hvilke kompetencer kan sygeplejerskerne opnå?
- Hvad er type 2-diabetes?
  - Opsporing, grænseværdi
  - Glukosebelastning
  - Behandlingsformer
  - Behandlingsmål – risikofaktorer
- Hvad indebærer kontrollerne og hvem gør hvad?
- Markører for observation og prognose
- Værksteder
- Motivation – teori og metode
- Motivation – vores metode
- Fedtprocenter – fup og fakta
- Evaluering af undervisningsforløbet

#### Boks 2. Undervisningsplan.

ren) overblik over stoffet, og dels er man herre over indholdet. Det kan gøres uden det store udstyr; det vigtigste er at turde prøve og at løbe den risiko, at personalet kan erfare, at man ikke ved alt! En erfaring de formentlig har i forvejen, men åbenheden omkring dette forhold kan skabe en dialog, som øger mulighederne for at få hullerne fyldt ud – en mulighed, der går begge veje. Denne form for læring har mange lighedspunkter med den for de fleste læger kendte smågruppebaserede efteruddannelse (DGE) og personalets pendant dertil (RIV).

I hver region findes efteruddannelsesvejledere, som alle er praktiserende læger, hvor man kan søge råd og vejledning omkring undervisningsmetoder, hvis man er usikker over for denne rolle. En del metoder kan også findes på Lægeforeningens hjemmeside.

Vi lægger vægt på, at vi som læger er generalister, og det samme skal gælde for vores personale. Alle skal kunne alle funktioner. Det mindsker sårbarheden

ved fx fravær, men udelukker på ingen måde, at den enkelte stadig kan dyrke sin egen særinteresse.

Der blev planlagt 14 seancer hver af 2 timers varighed inden for arbejdstiden (Boks 2). Én læge passede akutopkald via mobiltelefon, ingen patienter – ej heller akutte – var sat til i undervisningstiden.

Til inspiration vil vi her omtale undervisningsplanen. Undervisningsmaterialet udgør grundstenene i vores »diabetesmappe«, som frit kan læses og om ønsket downloades på vores kliniks hjemmeside, [www.lc-k.dk](http://www.lc-k.dk).

Vi startede det hele med en quiz udarbejdet af en læge, og alle skulle besvare denne quiz. Da ingen af os jo kunne svare helt korrekt på alle spørgsmål, var det en god »øjeblik«, og i enhver læringsproces er det frugtbart at gøre et eller andet for at »åbne læringsvinduet«. En quiz er velegnet, da det uanset svarene skaber smil og grin foruden fagligheden.

Vi valgte forskellige former for pæda-

- Gå sammen to og to
- Den ene skal overtale den anden til at nedsætte blodtrykket via ændringer i levevis
- Det varer bare 5 minutter
- Vi vil fokusere mere på oplevelsen end resultatet

#### Boks 3. Øvelse.

- Hvordan følte det at motivere/blive motiveret?
- Hvad virkede?
- Hvad virkede ikke?
- Virkede noget modsat?
- Gode råd til den der skal motivere andre
- Er der faldgruber vi skal undgå?

#### Boks 4. Opsamling.



*Det er en tidskrævende men meget spændende, inspirerende og givende opgave at gennemføre undervisning i egen klinik. Foto: Scanpix.*

gogiske metoder. Dels for at tilgodese de forskellige medarbejders foretrukne læringsstil, men også fordi hvert punkt gennemarbejdes bedst på hver sin måde. Vi har lagt meget vægt på den aktive-ende stil: ved at afprøve i et trygt miljø blandt kolleger kan man få mere mod til at handle i den enkelte konsultation.

Et eksempel på en sådan øvelse taget fra undervisningsdagene om motivation, ses i Boks 3, og opsamlingen ses efterfølgende i Boks 4.

Forløbet mandede ud i at læger, sygeplejersker og vores yngre læge sammen udarbejde klinikens egne lister over, hvad man *kan* gøre, og hvad man *ikke bør* gøre i en motiveringssituation.

Ved en undervisningsserie som den beskrevne afdækkes vores forskelligheder, man fristes til at sige på »godt og ondt«.

Mest på det gode, men der kommer da ting frem, som den enkelte må ændre, fordi det ikke længere er »god latin«. Vi er åbne for at lære af hinanden. Det gode er, at vores forskellige metoder, specielt inden for motivationsarbejde og konsultationsproces kommer frem i lyset, og vi kan inspirere hinanden ud fra vores succeshistorier. Almen praksis-arbejde kræver en palet af mulige arbejdsmetoder, og ved at gøre det på denne måde får vi hver især en større palet.

### **Behov for supervision og arbejde med konsultationsprocessen**

Forløbet har tydeliggjort et behov hos klinikpersonalet for supervision og for at arbejde med konsultationsprocessen. Det vidste vi egentlig godt på forhånd: Som læger har vi jo arbejdet med det i årevis,

og selvfølgelig er behovet lige så stort for personalet. Uddelegeringen indebærer en risiko for, at personalet føler, at de skal »leve op til krav og resultater« i form af tjeklister og målbare forbedring af værdier for patienterne, og derfor sørger for at lægge for megen vidensformidling ind i konsultationerne, så de med god samvittighed kan godtgøre, at de har sagt det nødvendige og måske glemmer fokus på, hvor meget patienten kan rumme og bearbejde.

Vi har derfor dels fulgt vores primære undervisningsseancer op med »klinikker«, hvor vi hver især kan tage succespatienter og problempatienter op og så arbejde i mindre grupper (2–3 i hver gruppe) primært med motivationsarbejde.

Dels har vi for fremtiden afsat 2 timer om året til hver ansat til supervision. Supervisionen kan bookes i kalenderen hos en læge, og det er op til personalet at afgøre, om de vil gennemføre det individuelt eller i gruppe (hvorved man får mere tid).

Det skal understreges, at denne supervision ikke skal erstatte den ad hoc-nødvendige daglige diskussion af konkrete problemer.

### **Synergieffekt ved åbent samarbejde**

Vi har ved denne metode opnået det ønskede sociale fællesskab i læringen og det daglige arbejde.

Vi har oplevet, at den sygeplejerskefaglige tilgang til patientforløbene både kommer os læger og patienterne til gode. Desuden oplever vi, at der optræder fremskridt på parametre, som hidtil har været ubevægelige i lægeregi (for eksempel vægt og HbA<sub>1c</sub>) hos nogle patienter, dels at

- Deltagernes forskellighed
- Deltagernes engagement og motivation
- Ansvarlig og åben kommunikation
- Grundlæggende enighed om fællesskabet
- Opmærksomhed på både indhold og proces
- Vækstnormer og kreativitet
- Humor

Boks 5. *Synergieffekt (vækst i gruppe som arbejder med kompetenceudvikling).*

sygeplejerskerne selvstændigt kommer med forslag til ændringer/optimering i den medicinske behandling. Samtidig finder vi, at vi hjælper hinanden i at »lukke huller« og finde nye indsatsområder især omkring patientinformation og motivationsarbejde i samarbejde med patienten.

Vi kan således se, at vi gennem et åbent samarbejde opnår en synergieffekt (Boks 5).

### **Fællesskab i læring uden for klinikken**

Ud fra de nævnte tanker har vi ved kurser omkring allergi og rejsemedicin valgt den metode at sende alle sygeplejerskerne og en læge samlet på kursus i disse emner. Igen er det overordnede mål (foruden den faglige opdatering) at opnå et socialt fællesskab i læringen. Et tiltagende antal kurser har i øvrigt både læger og personale som målgruppe.

### **Hvordan passer dette med den indsigt, som forskere, der arbejder med læring i praksis, har?**

*Hastrup (2)* gør opmærksom på, at der er mindst 2 forskellige vidensbegreber. Der er det encyklopædiske vidensbegreb, som forbindes med en objektiv viden og for-

bindes med det skrevne ord. Et vidensbegreb, som er knyttet til en katedral undervisning, og som forbindes med en opfattelse af, at viden er entydig, et vidensbegreb, der i høj grad er relateret til begreber med ind-, såsom indføring, indlæring, indsigt. Der ligger bag dette ind en udtalt tanke om, at viden føres ind i den enkelte via undervisning.

Heroverfor kan vi sætte et andet vidensbegreb, som *Hastrup* betegner som relationelt. Dette vidensbegreb knytter sig til relationer mellem objekter eller personer. Det relationelle vidensbegreb knytter sig til den viden, der opstår intersubjektivt, det vil sige mellem personer. Indlæringsituationen for denne viden er fx seminarer eller andre undervisningsformer, hvor viden opstår mellem deltagerne. *Hastrup* er interesseret i viden som begreb og erkendelse og bruger denne opdeling til at reflektere over det objektive vidensbegreb og det, at det heller ikke er rigtig objektivt. Vores interesse er anderledes her, men tanken om at viden produceres og indlæres på en helt speciel måde, når det sker i et reflektivt fællesskab via sociale relationer, vil vi holde fast i og bære videre.

### **Erfaringsbaseret læring**

Flere forskere har arbejdet med læringsformer, som bygger på det relationelle og bevægelige kompetenceudviklingsbegreb. De er opmærksomme på, hvordan indstillingen til læring altid spiller sammen med den sociohistoriske kontekst, således at viden hele tiden genskabes og fornyes i samfundet (3). Mange forskere har beskæftiget sig med læring i organisationer, set som en form for organisationskultur (4). Læring i en organisation er forskellig

fra individuel læring, fordi den foregår relationelt mellem mennesker og ikke individuelt. Denne fælles læring skaber på længere sigt et fælles værdigrundlag i organisationen, her den enkelte praksis. Herved flyttes opmærksomheden fra den enkelte til det kollektive.

En gruppe, der deler en arbejdspraksis, vil altid have en delt viden om arbejdsfeltet. I praksis vil personalet således kende de samme patienter, de vil hver især vide noget om dem, men den viden de har, vil ikke nødvendigvis være den samme. Ved at sætte den individuelle viden i spil kan personalet sammen i praksis lægge frem, diskutere og reflektere med det formål at opnå en anderledes (og fælles) forståelse af arbejdsformen i praksis og de bagvedliggende værdier.

I den erfaringsbaserede læring tages der udgangspunkt i det konkrete. I læringsituationen er det således den enkelte patient, eller håndteringen af specifikke ting i praksis, som er i fokus, og hvor håndteringen diskuteres i fællesskab. Den praksisbaserede læring fokuserer således på den kollektive håndtering samtidig med, at de enkelte faggrupper bidrager med den specifikke viden og erfaring, som netop de har. Målet er at skabe en god praksis, som opfylder de mål, man har, og hvor alle deler kompetence.

Samtidig giver den kollektive refleksion de optimale muligheder for individuel indlæring, netop fordi indlæringen sker i relation til andre. Fra at være en individuel proces er læring således blevet en kollektiv proces og en social aktivitet.

Ifølge *Wenger* (5) sker læring altid i relation til social kompetence og personlig erfaring, som her er den erfaring, som

opnås i det daglige arbejde. Læring sker, når disse to elementer spiller sammen. Læring sker, når der er engagement, fælles overvejelser og deraf følger en gensidig tilpasning med henblik på fremtidige mål og kompetencer. Samarbejde på tværs af fag øger kompetenceudviklingen, netop fordi man sætter forskellige identiteter og erfaringer i spil med hinanden. *Wengers* pointe er, at viden og indlæring ikke er noget, vi bare gør, men noget vi gør for at høre til, og herved bliver identiteten central for, hvordan vi lærer. Fordi vi lærer for at høre til et bestemt socialt fællesskab (Boks 6).

### Uddannelse for klinikpersonale

Ovennævnte udelukker på ingen vis, at personalet (ligesom lægerne) også skal deltage i uddannelse uden for huset og

- At viden betragtes som noget man deler og udvikler i fællesskab
- At viden er noget man udvikler sammen (gerne med konkrete eksempler: »kender du den patient« og åbne spørgsmål såsom »hvad tænker du på«)
- At viden udvikles i relation til den daglige praksis (hvad man gør og ønsker at gøre med patienterne)
- At man tager udgangspunkt i de konkrete patienter og den konkrete praksis og ikke i abstrakte principper, som altid passer dårligt på den enkelte og derfor gør brugen af principperne vanskelige i dagligdagen
- At alle deltagerne er ansvarlige for udviklingen (selvom man godt kan lade nogle være mere ansvarlige for kompetenceudviklingen end andre). Alle skal deltage og alle har erfaringer og tanker som er relevante
- Tid til omtanke, tid til refleksion
- Respekt for forskellige arbejdsområder, kompetencer

Boks 6. *Hvad er vigtigt for læring i praksis?*

- [www.PLA.dk](http://www.PLA.dk) (under menupunktet efteruddannelseskurser er en række relevante oplysninger, bl.a. om klinikpersonalets uddannelsesdag)
- [www.hkprivat.dk](http://www.hkprivat.dk)
- [www.mithk.dk](http://www.mithk.dk)
- [www.dbio.dk](http://www.dbio.dk)
- [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) (under menupunktet faglige selskaber findes konsultationspsygeplejersker og her nævnes bl.a. landskurset)
- [www.riv-dk.dk](http://www.riv-dk.dk)
- [www.laegedage.dk](http://www.laegedage.dk)

Boks 7. *Kurser for klinikpersonale (udvalg af relevante internetsider).*

uden, at lægerne er med. Dels skal personalet deltage i arrangementer med egne fagfæller, der foruden læringen giver mulighed for inspiration, oplevelser, fokus på særinteresseområder og måske dannelse af nye fællesskaber.

Personalet har en overenskomstmæssig ret til 3 kursusdage om året.

Der er en lang række muligheder og kursusudbydere, en del internetsiden er nævnt i Boks 7.

### Sammenfatning

I en almen lægepraksis er det et ledelsesansvar, at personalet er veluddannet til at varetage de aftalte opgaver. Samtidig skal lægerne sikre en løbende faglig og organisatorisk udvikling af hele klinikken. Kompetenceudvikling skal derfor betragtes som en investering, der ikke nødvendigvis giver afkast nu og her. Uddannelse/læring kan foregå i egen klinik, ved ekstern kursusvirksomhed eller en kombination heraf. Det er en tidskrævende men meget spændende, inspirerende og givende opgave at gennemføre undervisning i egen klinik. Det kræver i klinikker med flere læger enighed om opgaven/

processen, hvilket i sig selv er en lærerig proces. En af mange gevinster ved investeringen i tid og arbejde er dannelse af et socialt fællesskab i læringen og udvikling af et stimulerende læringsmiljø. Det giver den enkelte medarbejder medejerskab til processen og følelse af ansvar for implementering af det tillærte i den daglige klinik. Klinikpersonalet har ligesom lægerne et behov for at arbejde med konsultationsproces, kommunikation og motivation.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

#### LITTERATUR

- Nielsen C, Frederiksen TL. Værdier i spil. Københavns Universitet, 2003. [www.kommunikationsforum.dk/Log/speciale.pdf](http://www.kommunikationsforum.dk/Log/speciale.pdf)
- Hastrup K. Viden om verden – en grundbog i antropologisk analyse. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.
- Nicolini D, Gherardi S, Yanow D, red. Knowing in organizations. A practice-based approach. London: M.E. Sharpe, 2003.
- Säljö R. Læring i praksis. København: Hans Reitzel, 2003
- Wenger E. Communities of practice and social learning systems. I: Nicolini D, Gherardi S, Yanow D, red. Knowing in organizations. A practice-based approach. London: M.E. Sharpe, 2003.

#### SUPPLERENDE LITTERATUR

- Faufelt K, Kjær C. Lægen som underviser. Novo Nordisk Farmaka Danmark.
- Kjær C, Lange U. Efteruddannelsesgruppen. Månedsskr Prakt Lægegern, særtryk 2000.
- Lassen B, Andersen J, Madsen H. Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 2006; 84: 1057–71.
- Madsen H. Personlig læreplan. Ugeskr Læger 2002; 164: 1704–5.
- Ramsden P. Strategier for bedre undervisning. Gyldendal, 1999.
- [www.LAEGER.DK/LAEGER\\_DK/UDDANNELSE/EFTERUDDANNELSE/EFTUDDFONDEN\\_ALMEN\\_PRAKSIS](http://www.LAEGER.DK/LAEGER_DK/UDDANNELSE/EFTERUDDANNELSE/EFTUDDFONDEN_ALMEN_PRAKSIS)