

# I Hippokrates Fodspor - Om Fremtidens Speciallæge

## Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik



*"Hver gerning og hvert spørgsmål, og ligeledes hver handling og hver stræben, tænkes at sigte mod noget godt, og af denne grund er det gode med rette udnævnt til at være det, alting sigter mod"*

Aristoteles, Den Nikomæiske Etik

**Speciale i Medicinsk Pædagogik**  
**Masteruddannelse i læreprocesser**  
**Institut for Læring**  
**Aalborg Universitet**

**Udarbejdet af Ilse Christiansen,**

**Studienummer: 2007 3990**

**Vejleder: Lone Krogh**

Afleveringsdato: 151209

Specialets omfang: 141.648, 59 sider (eksklusiv abstract, forside, forkortelser, forord indholdsfortegnelse, referencer og bilag)

*Master Thesis in Medical Pedagogy*

*In the Footsteps of Hippokrates -on Future Medical Consultants*

**Abstract**

In 2004 a new competency based postgraduate medical training was implemented in Denmark built on the Canadian 7 roles framework. A Global and European political agenda constitute the premise for worldwide adoption of the competency concept. The impact of international and EU charters on the national framework is presented, as is the research associated with the Danish implementation.

**Hypotheses:** It's hypothesized that the chosen competence concept constitutes a monomorphic view on learning as performance and outcomes. Further, the indiscrimination of the concept between the qualitative differences between the 7 roles fails to capture the complexity of medical practice indicating a need for an integrated approach based on medical philosophy and differentiated learning theories.

**Theory:** The matrix for discussing and synthesizing the present Danish postgraduate medical training is a theoretical perspective of the competence concepts as expressed by M. Eraut and in medical articles, a historical illumination of medical philosophy with particular emphasis on Aristoteles, situated learning theory and an Aristotelian view on qualitatively different learning strategies for the 7 roles.

**Conclusions:** The 7 roles competency framework carries the risk of a behavioural approach towards learning. The consequences of a minimum based curriculum and the associated learning processes potentially lower the level of proficiency deteriorating future professional standards. By inference the change in postgraduate medical training could aggravate the public perception of the medical profession. A postgraduate medical training determined by political agendas could undermine the values inherent in the profession as expressed in the Hippocratic Oath. However, the 7 roles framework constitutes a potential for a paradigmatic shift in medical ontology by abandoning the Rationalism initiated by Descartes for a more inclusive view of the essential qualities characterizing medical practice. It is proposed that the Aristotelian perception of knowledge could constitute a framework for handling the 7 roles and the concrete implementation could scaffold on an integrated view of K. Illeris and M. Erauts comprehensive models for situated learning

**Perspectives:** Finally, the implications for a local haematological ward illustrate the main conclusions. The integrated Illeris and Eraut model is presented.

**Primary sources:** the four focus points were derived from different sources:

- The international, European, Canadian and national political documents, charters and agenda are publicly available data derived from databases. Lifelong learning as a political instrument is based on P. Jarvis recent book on Globalisation, Lifelong Learning and the Learning society.
- Competence models are analysed based on M. Erauts theory on Professional Knowledge and Competence as expressed in his book and in editorials and peer-reviewed articles. This is compared to peer-reviewed articles on the same subject internationally in medical journals.
- The tentative history of medical philosophy from Hippocrates to the present day is mainly derived from literature and peer-reviewed articles by U. Juul Jensen and E. D. Pellegrino.
- Situated learning theory is briefly discussed through the lens of Lave/Wenger then turns to a more comprehensive and applicable theory by M. Eraut drawing primarily on recently published papers. Finally, in the discussion and synthesis K. Illeris model is presented as the present-day most comprehensive and inclusive theory on learning in the workplace, integrating perspectives from multiple learning theories. However, Eraut and Illeris models supplement each other, and an integrated model is suggested for postgraduate training at the Haematological Ward, Aarhus University, Aalborg Hospital

**Disposition:**

1. Abstract	s. 2
2. Forkortelser	s. 5
3. Forord	s. 6
4. Indledning	s. 7
5. Præmis	s.8
6. Hypoteser	s.9
7. Problemformulering	s.9
8. Metode	
8.1. Kildemateriale	
8.2. Masterspecialets afgrænsning	
8.3. Metodens begrænsninger	
9. Baggrund	s.11
9.1. Om internationale standarder for postgraduat lægelig videreuddannelse	
9.2. Om EU's indflydelse på Danmarks postgraduate lægelige videreuddannelse	
9.3. Sundhedsministeriets betænkning nr. 1384	
9.3.1. Speciallægekommisionen om kvalitet	
9.3.2. Speciallægekommisionen om mål	
9.3.3. Speciallægekommisionen om uddannelsens opbygning	
9.3.4. Specialestrukturen for internmedicin	
9.3.5. Speciallægeuddannelsens organisation og styring	
9.3.6. Speciallægeuddannelsen på lokalt niveau	
9.3.7. Speciallægeuddannelsens læringsmetode	
9.3.8. Speciallægeuddannelsens syv roller og generelle kompetencer	
9.4. SST's udmøntning og opfølgning på betænkning 1384	
9.5. Den Postgraduate uddannelse i Internmedicin/hæmatologi	
10. Kompetencebegrebet	s.22
10.1. Generelt om kompetence og kompetencekoncepter	
10.1.1. Kompetencebaseret træning og uddannelse	
10.1.2. Det generiske kompetencebegreb	
10.1.3. Den kognitive kompetencekonstruktion	

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

10.1.4.	Om de tre kompetencekoncepter	
10.2.	Kompetencemodeller internationalt i medicinsk postgraduat uddannelse	
10.3.	Vurdering af den danske kompetencemodel	
11.	Lægekunstens filosofi og uddannelse i et historisk perspektiv	s.31
11.1.	Om det historisk filosofiske grundlag	
11.2.	Om filosofiens influens på læringsbetingelser	
12.	Om Læring i Praksis - eller hvordan man lærer, medens man arbejder	s.38
12.1.	Indledning om læring	
12.2.	Om situeret læring	
12.3.	Om kvalitative forskelle mellem de syv roller - tilbage til Aristoteles	
12.3.1.	Medicinsk Ekspert	
12.3.2.	Kommunikator og Samarbejder	
12.3.3.	Leder/Administrator	
12.3.4.	Sundhedsfremmer	
12.3.5.	Akademiker	
12.3.6.	Professionel	
13.	Diskussion og syntese	s.53
14.	Konkret perspektivering for Hæmatologisk Afdeling, Aalborg	s.59
15.	Taksigelser	
16.	Referencer	
17.	Bilag 1: Mailkorrespondance Jason Frank	
18.	Bilag 2: Om det Hæmatologiske Speciale og om Hæmatologisk Afd., Aalborg	

## 2. Forkortelser

CanMEDS:	Forkortelsen for den canadiske postgraduate uddannelse
CME:	Continuing Medical Education
CPD:	Continuing Professional Development
DHS:	Dansk Hæmatologisk Selskab
DOM:	Dundee Outcome-based Medicine
DPU:	Danmarks Pædagogiske Universitet
EBM:	Evidence Based Medicine
EPA:	Entrustable Professional Activity
HSE:	Højt Specialiseret Enhed, i.e. universitetsafdeling
KBU:	Klinisk Basis Uddannelse
RE:	Regional Enhed, i.e. sygehusafdeling uden universitetsstatus
SST:	Sundhedsstyrelsen
STAR:	Statement of Awarded Responsibility
UEMS:	Union Européenne des Médecin Spécialistes
WFME:	World Federation of Medical Education

### 3. Forord:

I Maj 2000 udkom Sundhedsministeriets betænkning nr. 1384: Fremtidens Speciallæge<sup>1</sup>, som dannede baggrund for en revideret postgraduat lægelig videreuddannelse i Danmark. I 2002 blev jeg som medlem af Dansk Hæmatologisk Selskabs (DHS) uddannelsesudvalg repræsentant for DHS i Sundhedsstyrelsens (SST) arbejdsgruppe for udarbejdelse af målbeskrivelser i Internmedicin. Naivt havde jeg den forestilling, at de forskellige specialeselskabers opgave var at formulere målbeskrivelser, der ikke blot identificerede mål for en høj speciallægestandard, men samtidigt forbedrede uddannelsessøgende lægers arbejds- og uddannelsesvilkår. Det stod imidlertid hurtigt klart, at SST havde en egen agenda. SST's repræsentanter stillede krav om en kraftig barbering af samtlige internmedicinske selskabers forslag til målbeskrivelser, idet målet ikke var høj kvalitet men minimumsstandarder. Det stod samtidigt klart, at implementering af den nye uddannelse ville kræve mange speciallægeressourcer, et problematisk forhold, da prognoser viser, at antallet af speciallæger i Danmark vil være faldende frem til ca. år 2015. Konfronteret med spørgsmålet om, hvorfra ressourcerne for implementeringen af uddannelsen skulle komme, var svaret, at det ikke var SST's opgave at allokere ressourcer, men derimod en opgave for de Regionale Videreuddannelsesråd i de nyetablerede tre uddannelsesregioner (Øst, Syd og Nord). Videreuddannelsesrådenes svar på samme spørgsmål var, at det ikke var en regional opgave, men en statslig opgave. Catch 22!! Desillusioneret forlod jeg arbejdet med følelsen af at være taget som gidsel i legitimeringen af en uddannelse, som læger ansat i praksisfeltet reelt ikke havde indflydelse på<sup>a</sup>.

Den nye postgraduate uddannelse blev indført primo 2004. Ultimo 2004 blev jeg i forbindelse med et stillingsskift uddannelsesansvarlig overlæge ved Hæmatologisk afdeling i Aalborg. Dermed fik jeg ansvar for at implementere, administrere og udvikle den reviderede speciallægeuddannelse i egen afdeling. Med det addendum, at det arbejde ikke foregår i et vakuum, men i interaktionen mellem den specifikke kontekst afdelingens speciale, drift, forskning og samarbejdsrelationer udgør.

---

<sup>a</sup> Som kuriosum kan nævnes, at Eva Hammershøj fra SST på et kursus for overlæger 3 år senere anførte, at vi selv havde udarbejdet den nye postgraduate uddannelse, så mistanken om at være et legitimerings-instrument blev konfirmeret

Masterspecialet udspringer således af en initial frustration, men også i en undren over, hvor kompetencebegrebet inklusive syv lægelige roller kom fra. Samtidigt ekskluderer de givne rammer for den postgraduate lægelige videreuddannelse ikke nødvendigvis et potentiale for i en specifik kontekst at anlægge en bevidst og mere ambitiøs læringsstrategi for uddannelsen af Fremtidens Speciallæger, i.e. Hæmatologer. Forudsætningerne for dette er en analyse og tolkning af rammer, professionsopfattelse og læringsstrategi.

#### 4. Indledning:

Revisionen af den danske postgraduate lægelige videreuddannelse er ikke et nationalt isoleret fænomen, men kan prædikeres af strømninger i hele den vestlige hemisfære i 1990'rne. I 1998 blev den danske Speciallægekommision nedsat med et kommissorium fra den daværende danske Sundhedsminister Carsten Koch. Blandt andet skulle speciallægekommisionen tilgodese EU's rekommandationer for postgraduat lægelig uddannelse<sup>1</sup>. Speciallægekommisionen vælger som en helt central transformation at adoptere den canadiske kompetencemodel<sup>2</sup>. I 2000 resulterer Speciallægekommisionens arbejde i Sundhedsministeriets betænkning 1384, som udmøntes af Sundhedsstyrelsen (SST) i målbeskrivelser baseret på minimumskompetencer. Uddannelsen søsættes i 2004.

For at forstå og implementere den nuværende postgraduate videreuddannelse i en konkret sygehusafdeling bliver en analyse af fire temaer centrale:

- 1) Den europæiske, internationale og nationale politiske agenda. Herunder de rekommandationer, der findes i EU om postgraduat lægelig uddannelse og hvordan EU relaterer sig til internationale rekommandationer. Dette bør suppleres med det empiriske grundlag, der blev konstituerende for den canadiske model. Hvorledes SST fortolker og udmønter betænkning 1384 og SST's opfølgning på implementeringen.
- 2) En analyse af kompetence som overordnet begreb, samt hvordan det implementerede kompetencekoncept forholder sig til andre kompetencekoncepter.
- 3) Den canadiske model funderer lægegerning i et kompetencebegreb omfattende et integreret hele af syv roller: medicinsk ekspert, leder/administrator, professionel, akademiker, kommunikator, samarbejder og sundhedsfremmer. Denne definition af professionen har potentielt implikationer for den fremtidige videnskabsteoretiske/filosofiske opfattelse af lægegerning, hvorfor et historisk blik på lægegerningens filosofi kan perspektivere evt. differencer mellem fortid, nutid og fremtid.

4) Revisionen af den postgraduate uddannelse har potentielt implikationer for det læringsteoretiske grundlag. Da den lægelige videreuddannelse foregår konkurrent med og subsidiært til lønarbejde fokuseres interessen især omkring situeret læringsteori.

De fire temaer bliver successivt analyseret med henblik på at estimere effekten af reformen på lægegerningens renommé samt vurdere potentialer og begrænsninger i målbeskrivelsernes givne rammer.

## **5. Præmis:**

*Revisionen af den postgraduate lægelige videreuddannelse er influeret og bestemt af eksterne globale og interne nationale politiske krav. Krav, som skal imødekomme befolkningens kritik og ændrede perception af lægegerning. Professionsinterne forhold interagerer med de eksterne faktorer. Antagelser underbygges.*

## **6. Hypoteser:**

Første hypotese: Den postgraduate lægelige videreuddannelse konstituerer et begyndende paradigmeskifte i opfattelsen af lægegerning, men kompetencebegrebet er funderet i et monomorft syn på læring som en målorienteret proces, der ikke separerer de kvalitative forskelle mellem de syv definerede lægelige roller og ikke tilgodeser professionens kompleksitet.

Anden Hypotese: Kompetencebegrebet ekspliciteret i de syv roller vil influere på professionens filosofi og læringsteoretiske grundlag under forudsætning af, at de kvalitative forskelle og det komplekse samspil mellem rollerne tilgodeses.

## **7. Problemformulering:**

1. Hvilket videnskabsteoretisk grundsyn kan deduceres af den postgraduate lægelige videreuddannelse fra 2004?
2. Hvilken relation er der mellem den videnskabsteoretiske position, kompetencebegrebet og de syv roller som medicinsk ekspert, administrator/leder, akademiker, professionel, kommunikator, samarbejder og sundhedsfremmer?
3. Hvilke implikationer har den videnskabsteoretiske position, kompetencebegrebet og de syv roller for læringsstrategier i praksis?

## **8. Metode:**



Tilgangen til såvel hypoteser som problemformulering er teoretisk, dvs. at det empiriske grundlag er skriftlige kilder.

### **8.1 Kilder**

Kildematerialet er primært baseret på tre typer af skriftligt materiale:

a) Officielle dokumenter og rapporter: Sundhedsministeriets bekendtgørelse 1384 findes på [www.sum.dk](http://www.sum.dk). Mødereferater fra Det Nationale Råd og målbeskrivelser for speciallægeuddannelse er fundet på [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Den internationale standard for postgraduat uddannelse er fundet på [www.2.sund.ku.dk/wfme](http://www.2.sund.ku.dk/wfme). Herudover er EU's bekendtgørelser og charters fundet på hjemmesiden for Union Européene des Médecins Spécialistes (UEMS), [www.uems.net](http://www.uems.net) og Canadas CanMEDS framework på <http://rcpsc.medical.org>. Anden delrapport fra forsknings- og udviklingsprojektet:

Speciallægeuddannelse i Danmark er fundet på hjemmesiden for Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU) [www.dpu.dk](http://www.dpu.dk). Første delrapport har krævet et større opstøvningsarbejde, men er lånt (og kopieret) via DPU's bibliotek.

b) Bøger om sundhedsfilosofi, om kompetencebegrebet og om læringsmetoder. For filosofi primært baseret på Juul Jensen og Pellegrino, for kompetencebegrebet primært Eraut, for læringsmetoder primært Illeris, Eraut, samt Lave/ Wenger.

Tidsfaktoren har afgrænset den filosofiske litteratur, og afsnittet om filosofi må derfor forstås som en eksplorativ begyndende indsigt i området, som kun kan uddybes ved yderligere studier og/eller undersøgelser. Ekstrapolationer fra beskrivelsen er således tentative. Eraut er kendt for at have beskæftiget sig med kompetencebegrebet, og der er ikke identificeret andre forfattere med samme bredde og dybde på området. Herudover har Eraut via empiriske studier blandt andet indenfor sundhedsområdet beskæftiget sig med viden og læring. Initialt primært en kognitiv tilgang, men de senere år inkluderende teori om situeret læring. Illeris og Lave/Wenger er valgt som supplement til Eraut. Læringsteori er valgt mhp at belyse de forskellige aspekter af læring, som en holistisk tilgang til de syv rollers potentielt kvalitative forskelle.

c) Videnskabelige (peer reviewed) tidsskrifter, dansksproget for belysning af Danmarks interne forhold, engelsksproget for den internationale tilgang til de berørte områder. Det er medicinske tidsskrifter identificeret på PubMed, andre tidsskrifter er fundet på andre databaser, primært ERIC. Artikler, som ikke har været umiddelbart tilgængelige via adgang til databaserne ved Aalborg Universitetsbibliotek og Medicinsk Bibliotek, Aalborg

Sygehus, er bestilt hjem via Medicinsk Bibliotek, Aalborg sygehus. Mange artikler er scannet i abstract form for relevans i forhold til de fire temaer. Artikler, som overordnet beskæftiger sig med kompetence og roller for postgraduat lægelig uddannelse er tilvalgt, medens prægraduat uddannelse er fravalgt med mindre der ekstrapoleres til det postgraduate system. Et særligt fokusområde har været artikler omhandlende CanMEDs kompetencebegreb. Læringsteoretisk er der fokuseret på artikler, der situerer læring sekundært til arbejde. Søgning har været repetitiv med forskellige søgekriterier, visse referencer har ledt til yderligere søgning suppleret med nye søgeord. Kun komplette artikler refereres. Dog er enkelte referencer ledere eller korrespondance, refererende en diskurs eller en dissens.

Hertil kommer *d)* En mailkorrespondance med Frank Jason, formand for the CanMEDS framework.

### **8.2 Begrundelse for og afgrænsning af specialet:**

Den teoretiske tilgang er valgt som en præmis for evt. senere empirisk forskning i praksisfeltet.

Medicinens filosofi, kompetencebegrebet, læringsbetingelser og -strategi i daglig klinisk praksis konstituerer det belyste felt for den nye postgraduate lægelige videreuddannelse. De teoretiske kurser, som er en del af uddannelsen berøres kun i beskrivelsen af den samlede uddannelse, da denne del ligger udenfor det daglige kliniske praksisfelt.

Læringsteorier er valgt baseret på læringens relationelle og praksisrelaterede natur.

Selvom lærings- og evalueringsmetoder er tæt kobledede, er evalueringsmetoder bevidst fravalgt som felt i dette speciale og vil kun nævnes sporadisk som en del af uddannelsens samlede beskrivelse. Emnet kunne *per se* være udgangspunkt for et masterspeciale.

Den specifikke kontekst som hæmatologisk afdeling, Aalborg sygehus udgør, berøres kun i perspektivering af den overordnede analyse.

### **8.3 Metodens begrænsning**

Mængden af litteratur, såvel bøger som tidsskrifter, er legio. Peer-reviewed tidsskrifter er valgt som præmis for referencernes kvalitet, men selektionen er subjektiv. Teoretikere er valgt baseret på belysning af problemfelterne kompetence, medicinsk filosofi og situeret læring og livslang læring. For kompetencebegrebet blev andre teoretikere ikke identificeret, men for de øvrige områder er valgt subjektivt og andre teoretikere kunne

være valgt. Specialet er en personlig selektion og bedømmelse, som influerer på og begrænser ekstern validering.

## 9. Baggrunden - Om Postgraduat Uddannelse Internationalt, i EU og Nationalt

### 9.1 Om internationale standarder for postgraduat uddannelse.

I 2003, medens udarbejdelse af målbeskrivelser i henhold til betænkning 1384 lige var opstartet i DK, blev en international standard for postgraduat lægelig videreuddannelse formuleret af The World Federation for Medical Education<sup>3</sup>. Rekommandationerne baserer sig på minimumsstandarder ('basic standards') og kompetencemål ('outcomes').

Uddannelsen *skal* inkludere praktisk klinisk arbejde kombineret med relevant teori om biomedicin, klinisk, adfærds- og sociale videnskaber, klinisk beslutningstagning, kommunikative færdigheder, medicinsk etik, sundhedspolitik, medicinsk lovgivning og administrative emner i det omfang, det er nødvendigt for en professionel praksis.

Læringsstrategien *skal* være baseret på den ansatte uddannelsessøgendes personlige deltagelse og ansvar i daglig praksis. Uddannelsesprogrammet *skal* spænde over integreret praktisk og teoretisk undervisning. Herudover gives rekommandationer for organisering, evaluering m.v.

Selvom den danske speciallægekommision ikke redegør for, hvordan og hvorfor kompetencebegrebet i den danske speciallægeuddannelse skal funderes i syv lægelige roller, er modellen og kompetencerne oversat næsten ordret fra den canadiske model, hvilket bekræftes i en publikation af Ringsted *et al*<sup>4</sup>. Den canadiske model har dog en anden baggrund for sin speciallægereform, hvilket tåler en nærmere beskrivelse.

I 1987 gik de canadiske læger i strejke angående et spørgsmål om betaling for dyre behandlinger, hvor det offentlige system ikke gav fuld dækning. Overraskende for lægerne var det, at strejken ikke vandt nogen sympati i befolkningen. Der var en diskrepans mellem professionens selvforståelse og befolkningens. I Ontario resulterede det på prægraduat niveau i omfattende empiriske undersøgelser<sup>5,6</sup> dels af professionens versus andre sundhedsfaggrupper (sygeplejersker, fysioterapeuter, farmaceuter m.v.) opfattelse dels - og vigtigst - undersøgelser af 'konsumenternes' syn på lægegerning. Specielle befolkningsgrupper, som normalt ikke høres, blev udvalgt: hjemløse, fattige, etniske minoriteter, indfødte (indianere), pensionister, kvinder og mennesker med HIV/AIDS. Disse

grupper kan være svære at nå, og forskningsgrupperne opnåede kontakt via støttegrupper og frivillige organisationer. Tillid blev skabt gennem langvarige kontakter. De empiriske undersøgelser var både kvantitative spørgeskemaer og kvalitative undersøgelser såsom fokusgruppeinterviews. Resultaterne af disse undersøgelser ledte til en identifikation af otte roller, en formuleret af medicinstuderende (lægen som humanist) og en af lægerne (akademiker) de sidste seks af befolkningen: medicinsk ekspert/klinisk beslutningstager, kommunikator/underviser/humanist/healer, samarbejder, administrator (gate keeper/manager), lærende, og sundhedsfremmer. Udmøntningen i roller blev valideret via fornyede undersøgelser i befolkningsgrupper og blandt sundhedspersonale. Arbejdet på prægraduat niveau blev omsat til postgraduat niveau i Ontario, rollerne blev reduceret til syv, rollerne blev validerede blandt læger i Ontario og modellen blev herefter implementeret i Canada som helhed<sup>7</sup>. Processen kan således beskrives som en initial fase, som er bottom-up efterfulgt af en fase, som er top-down.

### **9.2 Om EU's indflydelse på dansk lægelig videreuddannelse.**

Siden 1976 har der været bestræbelser på at harmonisere den postgraduate lægelige videreuddannelse i EU dels for at sikre en ensartet standard dels for at sikre arbejdskraftens frie bevægelighed mellem medlemslandene<sup>8,9</sup>. I 1993 publicerede UEMS en charter om postgraduat speciallægeuddannelse, baseret på Europakommissionens direktiv 93/16/EEC af 5.april 1993<sup>8</sup>. Siden er fulgt 2 charters om fortsat medicinsk efteruddannelse<sup>10</sup> samt om kvalitetssikring af speciallægestandarden<sup>11</sup>. Begge disse charters har siden resulteret i politiske deklARATIONER, hhv. Basel og Budapest deklARATIONEN<sup>12, 13</sup>. Der er nogle centrale elementer i disse papirer. I første charter fra 1993 anføres, at den nationale autoritet sammen med nationale videnskabelige råd og/eller selskaber skal sikre de nødvendige ressourcer for implementering af postgraduat uddannelse, herunder sikre at ratioen mellem de uddannelsesgivende og de uddannelsessøgende læger konstituerer et miljø med tæt kontakt og dialog. De uddannelsessøgende skal deltage i et tilstrækkeligt antal færdigheder, og i behandling af et sufficient antal ambulante og indlagte patienter til at kunne dække hele specialet efter speciallægeanerkendelse. Den uddannelsessøgende læge skal besidde tilstrækkelige sprogkundskaber til at sikre kommunikationen med patienter samt til at kunne opsøge relevant, international litteratur. Det er op til nationale eller europæiske specialeselskaber at formulere de eksakte mål for hvert speciale. For det internmedicinske område

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

rekommanderes som noget særligt, at de enkelte subspecialer funderes i en fællesmedicinsk stamme (common trunk) udover de specialespecifikke mål. Der skal institueres kontrol af kvaliteten af uddannelsen.

Imellem charter 1994 og Basel deklARATION 2001 skiftes sprogbrug, i stedet for udtrykket fortsat medicinsk uddannelse (CME) anvendes nu fortsat professionel udvikling (CPD), førstnævnte opfattes som en passiv, diskontinuerlig, den sidstnævnte som en aktiv, kontinuerlig og procesorienteret læringsform. Basel deklARATIONEN anfører 7 interessenter i lægelig videreuddannelse: samfundet, den enkelte patient, den enkelte læge, de medicinske selskaber, andre sundhedsfaggrupper, de ansvarlige for finansiering og beslutningstagere, nationalt og i EU. Patienten opfattes som konsument, og er den, der betaler for efteruddannelsen enten direkte via brugerbetaling eller indirekte via forsikringer eller et skattefinansieret sundhedssystem. Konsumentersamfundet anses for en mulighed for sundhedssystemerne at garantere et effektivt, højkvalitativt medicinsk serviceniveau kombineret med ansvarlighed, åbenhed og transparens.

Læger har en *etisk* (min kursivering) forpligtigelse til livslang læring startende ved medicinstudiets begyndelse og sluttende ved pensionering. I den forbindelse er læringsmetoder belyst. Læringsstrategien skal bygge på aktive læringsformer frem for passive, hvor der med passivt menes katedrale forelæsninger, da denne form er mindre tilbøjelig til at resultere i ændringer af praksis. Samtidigt fremføres, at hver enkelt læge har sin egne læringsmetoder, men tenderer mod konservatisme, dvs. savner en variabel tilgang til læring. Derfor foreslås selv-dirigerede strategier, hvor interaktiv netbaseret uddannelse kunne være et instrument. Den enkelte læge skal kunne dokumentere læring, som resultat (outcome) enten via portfolio eller logbog samt være villig til at underlægge sig ekstern kontrol<sup>b</sup>.

Budapest deklARATIONEN handler om kvalitetssikring, som omfatter de samme interessenter som Basel deklARATIONEN. Den omhandler lægers personlige regulering herunder etiske standarder lært fra rollemodeller og, via egne refleksioner over praksis, videreudviklet i det kliniske arbejde. I reguleringen af arbejdspladsen fremføres lægers kliniske autonomi med den etiske forpligtigelse primært at varetage patientens interesse, herunder at italesætte insufficiante standarder for arbejdspladsen.

---

<sup>b</sup> Der forudses en modstand mod dette i punkt 27: 'every action has an equal and opposite reaction'. Dette er i fysikken kendt som Newtons 3. lov: Loven om aktion og reaktion.

Det skal nævnes, at medlemslandene i modsætning til visse andre forhold for EU ikke er bundet af de forordninger og bekendtgørelser, som udarbejdes af UEMS.

Der er kun fundet en kritisk artikel (og ældre fra 1995) angående arbejdet i UEMS<sup>9</sup>. En harmonisering i et Europa, hvor sundhedssystemerne og deres finansiering er meget forskellige risikerer at konsensus bliver laveste fællesnævner, i modsætning til intentionen om høj kvalitet. Kulturelle forskelle i sygdoms- og sundhedsopfattelse diskuteres ikke, forskelle i professionsopfattelse imellem landene ignoreres og materialiseringen af ressourcer til en harmoniseret implementering af postgraduat uddannelse er urealistisk. Hvert medlemsland har allerede udviklet en videreuddannelse, som tager hensyn til landets behov for sundhedsydelse, mere eller mindre tilfredsstillende. Et harmoniseret kontrolsystem og evt. eksaminer må nødvendigvis forholde sig til hvert lands kontekstuelle forhold, dets sundhedssystem, dets uddannelse og dets kultur samt lokale variationer. Et kontrolsystem, som kan tilgodese alle disse faktorer, er en administrativ umulighed, hvorved intenderet harmonisering forbliver urealiserbar. Forfatterens synspunkt er, at lægelig kulturel diversitet er berigende for gerningen som helhed. En vellykket harmonisering kunne resultere i et ukritisk og stagnerende sundhedssystem.

### **9.3 Sundhedsministeriets Betænkning nr. 1384. Fremtidens speciallæge<sup>1</sup>.**

I 1990'erne er der bekymring over kvaliteten af speciallægeuddannelsen. Sygehuskommissionen anser, at uddannelsessøgendes arbejdsvilkår<sup>c</sup> medførende en begrænset deltagelse i dagtid forringer den postgraduate uddannelses kvalitet. På baggrund af et stigende behov for specialiseret udredning og behandling interesserer SST sig samtidigt for korrelationen mellem patientunderlag og centraliseret versus basisniveauer i sygehusvæsenet. Sekundært til dette overvejer SST om den lægelige specialestruktur er hensigtsmæssig. Både Sygehuskommissionens og SST's synspunkter koinciderer med professionens opfattelse, at den eksponentielle stigning i teknologiske og terapeutiske muligheder nødvendiggør en fleksibel, fremtidssikret uddannelse.

I juli 1998 nedsætter sundhedsminister Carsten Koch Speciallægekommisionen med det kommissorium at:

- Vurdere og give anbefalinger vedrørende specialestruktur
- Stille forslag om uddannelseskra

---

<sup>c</sup> Vagtpforpligtigelse aften/nat med efterfølgende afspadsering/friuger samt en gennemsnitlig arbejdsuge på 37 timer reducerer antallet af timer i almindelig dagtid

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

- Stille forslag om ændringer i uddannelsesstrukturen, så det sikrer effektivitet og kvalitet.
- Vurdere normeret og faktisk varighed af uddannelsen
- Vurdere centraliseret versus decentraliseret uddannelse
- Vurdere relationen mellem forslag til uddannelse og muligheden for at forbedre uddannelsesmiljøet
- Stille forslag til sikring af optimal uddannelse i den enkelte kliniske afdeling, herunder arbejdstilrettelæggelse, uddannelsens organisering samt holdningsmæssige og kulturelle forhold.
- Vurdere kompetencemåling
- Vurdere om decentraliseret administration af uddannelsen er hensigtsmæssig
- Hvis forslag ikke kan realiseres indenfor de givne økonomiske rammer, redegøre for ressourceforbrug og fordeling.

Speciallægekommissionen skal følge gældende EU-direktiver og nordiske konventioner.

Desuden skal kommissionen være opmærksom på anbefalingerne fra UEMS.

Speciallægekommissionens anbefalinger kan samles i følgende punkter og korte kommentarer:

- *9.3.1 Speciallægeuddannelsens kvalitet.*

. Speciallægekommissionen har i betænkning 1384 beskrevet den nye postgraduate uddannelse samt lægelig videreuddannelse i al almindelighed i relation til europæiske og internationale forhold. Det anbefales, at speciallægeuddannelsen bliver forskningsbaseret og internationalt orienteret.

Uddannelse og forskning skal følge den internationale udvikling og sikre et kompetenceniveau med høj professionel standard. Uddannelsen er praktisk betonet, men rummer også en teoretisk del. Der foreslås som noget nyt følgende obligatoriske kurser: et kursus i kommunikation tidligt i uddannelsen, tre kurser i ledelse og administration fordelt over hele uddannelsen, et kursus i læring og et kursus i vejledning. Herudover foreslås 12 ugers forskningstræning, bestående af en metodologisk komponent og en praktisk komponent. De specialespecifikke kurser anbefales bibeholdt i den form og længde, der var gældende for 1996 ordningen.

- *9.3.2 Speciallægeuddannelsens mål*

Speciallægekommissionen definerer målet, som den kompetence samfundet ønsker, fremtidens speciallæger skal have. Det indebærer høj professionel standard for den medicinske ekspertviden men kommissionen anser at hidtidig uddannelse kun har været defineret på dette forhold og ikke har vægtet elementer som samarbejde, kommunikation, ledelse/administration, videnskabsteori, forskningsmetodologi og holdninger/etik.

Kommissionen anbefaler derfor en kompetencemodel baseret på syv roller: medicinsk ekspert, akademiker, professionel, leder/administrator, kommunikator, samarbejder og sundhedsfremmer.

Kommissionen anbefaler at kompetenceniveauet defineres som selvstændigt at kunne varetage 90 % af specialets patienter på regionsafdeling (min kommentar: i modsætning til en universitetsafdeling) herunder tage ansvar for 100 % af akutte patienter i specialet, samt for visitation, undersøgelse og primær behandling.

- *9.3.3 Speciallægeuddannelsens opbygning*

Speciallægekommissionen anbefaler, at turnus, der er grundstammen for alle lægers kliniske uddannelse, bibeholdes uændret med 18 måneder fordelt på to kliniske afdelinger og 6 mdr. i almen praksis.

Efterfølgende en todimensional speciallægeuddannelse: A) En formaliseret og målbeskrevet uddannelse på 6-12 mdr. introduktionsstilling til et speciale, fulgt af hoveduddannelse, hvis længde kan variere mellem specialerne fra 4 til 5 år. B) En uformaliseret uddannelse vedrørende den individuelle faglige profilering (indenfor specialet, forskning, ledelse, uddannelse m.v.) som principielt påbegyndes ved uddannelsens start og fortsætter med stigende tyngde indtil pensionering.

- *9.3.4 Speciallægestrukturen internmedicin*

Internmedicin og dets subspecialer (grenspecialer) har været bygget på følgende koncept: specialisering i internmedicin følges evt. af en overbygning i et af subspecialerne. Der findes altså to niveauer for speciallæger: den brede internmediciner og den grenspecialiserede. Speciallægekommissionen anbefaler at grenspecialer ændres til selvstændige specialer, men med den af UEMS foreslåede grundstamme (common trunk) fælles for alle grenspecialerne kombineret med egen specialedel. Dobbeltspecialisering foreslås afskaffet, hvorved uddannelsen afkortes ca. 2 år. Det er den eneste ændring i betænkning 1384, der fører til mindretalsudtalelser. Alle fire udtalelser udtrykker bekymring for, at evnen til at varetage bredden i det komplekse, specialeoverlappende



internmedicinske område går tabt, at fremtidens speciallæger vil fokusere mest på egen specialespecifikke del.

- *9.3.5 Speciallægeuddannelsen organisation og styring*

speciallægekommissionen anbefaler, at der nedsættes et nationalt videreuddannelsesråd samt regionale videreuddannelsesråd. I regionalt regi anbefales implementering af en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion med det formål at styrke den kliniske uddannelse samt udvikle og udbrede kendskabet til voksenpædagogiske metoder. Det anbefales at der opbygges simulationsfaciliteter/færdighedslaboratorier.

- *9.3.6 Speciallægeuddannelsen gennemførelse på lokalt niveau*

Om Økonomi: Uddannelsen har hidtidigt været underlagt driftsmæssige forhold.

Kommissionen anbefaler, at der sikres et budgetmæssigt grundlag for uddannelse på lige fod med øvrige omkostninger.

Om Målbeskrivelser: Kommissionen anbefaler at den kliniske videreuddannelse baseres på operationelle målbeskrivelser for hvert uddannelsesniveau og for hvert speciale.

Målbeskrivelser anbefales udmøntet i uddannelsesprogrammer på hver uddannelsesgivende afdeling. Uddannelsesprogrammerne skal inkludere indlæringsresultat (outcome, min kommentar), evalueringsmetode, procesbeskrivelse og læreprocesser samt integrere kliniske, teoretiske og færdighedsudviklende elementer.

- *9.3.7 Om speciallægeuddannelsens læringsmetoder*

Speciallægekommissionen anfører, at den kliniske uddannelse på afdelingsniveau *må* (min kursivering) baseres på mesterlæreprincippet. Det anbefales, at alle uddannelsessøgende får en vejleder, som bistår med råd og vejledning. Det anbefales at der indføres obligatorisk kursus i vejlederfunktionen.

Betænkning 1384 opererer med tre typer af støtte til uddannelsessøgende: supervisor, vejleder og mester. Relationen mellem begreberne fremgår ikke af betænkning 1384.

Kommissionen anbefaler, at der udover mesterlæreprincippet *bør* tilrettelægges undervisning indenfor specialets kerneområder, helst deltageraktiverende. Konferencer bør være problemorienterede, miljøet åbent, forum for holdningsmæssig og etisk debat samt give de uddannelsessøgende læger mulighed for at træne fremlæggelse af kliniske problemstillinger.

- *9.3.8 Speciallægeuddannelsens syv roller og de generelle kompetencer heri.*

De syv roller med dertil hørende generelle kompetence er fremstillet i nedenstående skemaform (Tabel 1)

**Tabel 1:**

Rolle	Generelle kompetencer hos speciallægen
<b>Medicinsk ekspert</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen</li><li>• Opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis</li><li>• Varetage effektiv lægegerning med respekt for såvel patient, uddannelse, forskning og lovgivning</li></ul>
<b>Kommunikator</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Etablere optimal kontakt til patienter og pårørende</li><li>• Indhente relevant anamnese fra patient/pårørende/andre</li><li>• Mestre relevant dialog med patienter/pårørende og behandlerteam</li></ul>
<b>Samarbejder</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale, og andre</li><li>• Medvirke konstruktivt i tværfaglige teams</li></ul>
<b>Leder/ administrator</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udnytte ressourcer rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning og eksterne aktiviteter</li><li>• Motivere og engagere i sundhedsorganisationen</li><li>• Anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter</li></ul>
<b>Sundhedsfremmer</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificere vigtige faktorer for sundhed som påvirker patienterne</li><li>• Arbejde for øget sundhed hos patienten og i lokalsamfundet</li><li>• Opdage og agere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet</li></ul>
<b>Akademiker</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forpligtigelse til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring)</li><li>• Kritisk kunne vurdere medicinsk information</li><li>• Kritisk kunne vurdere lægelig praksis</li><li>• Facilitere læring hos patienter, kolleger, studenter og andre</li><li>• Bidrage til udvikling af ny viden</li></ul>
<b>Professionel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse</li><li>• Udvide passende personlig og mellemmenneskelig professionel adfærd</li><li>• Praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge</li></ul>

#### **9.4 Sundhedsstyrelsens udmøntning af og opfølgning på betænkning 1384 i målbeskrivelser.**

I 2001 kommer SST's guidelines for udarbejdelse af målbeskrivelser<sup>14</sup> og samarbejdet med specialeselskaberne initieres. Målbeskrivelserne implementeres 2004. Processen for implementering er undersøgt og netop publiceret<sup>14</sup>. Konklusionerne er, at en top-down

strategi kræver tydelige budskaber fra myndighederne; at balancen mellem deadlines og tid til at arbejde med og adaptere til nye vilkår er hårfin; at en evt. værdi af uddannelsesmæssige traditioner bør tilgodeses, inden nye koncepter lanceres; at pilotstudier kunne assistere i en afklaring af begreber og koncepter inden en national søsætning iværksættes.

I 2002 indledes et pædagogisk forsknings- og udviklingsprojekt mellem SST og Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU)<sup>15</sup>, som strækker sig over 4 år. Det resulterer i en første delrapport om postgraduat uddannelse *før* implementering af den nye uddannelse<sup>16</sup>, dels i en anden delrapport efter implementeringen<sup>17</sup>. Begge rapporters teoretiske ramme for projekterne før og efter er primært inspireret af Bourdieus sociologi og Lave/Wengers situerede læringsteori (anden delrapport). Konklusionerne af anden delrapport er, at reformen ikke har medført væsentlige ændringer i uddannelseskulturen, at rollen som medicinsk ekspert vægtes højest; at samarbejds- og kommunikatorrollerne er de to roller, som reformen identificeres med, medens rollen som leder/administrator ønskes nedprioriteret af lægerne. Rollerne opfattes generelt som værende artificielle; praksis indeholder ofte komponenter fra flere af rollerne. Der gives følgende anbefalinger: der bør etableres pædagogisk efteruddannelse for vejledere og uddannelsesansvarlige overlæger, de enkelte specialer bør revidere de seks kompetenceroller som ikke er 'medicinsk ekspert', der bør investeres i etableringen af en reel evalueringskultur. En sammenfatning af resultaterne for anden delrapport er netop publiceret<sup>18</sup>.

I 2007 iværksættes en revision af målbeskrivelserne, med to væsentlige ændringer:

- a) hoveduddannelsen for internmedicin får nu tre overordnede mål en speciallæge skal mestre: bagvagtsfunktion, stuegang og ambulatorium, hvori de syv roller er indlejrede (forskellene mellem 2004 og 2009 kan ses på SST's hjemmeside<sup>19, 20</sup>).
- b) turnusuddannelsen afkortes til 12 måneder og skifter navn til Klinisk Basisuddannelse (KBU). Samtidigt indføres en fireårs regel, som skal sikre, at læger påbegynder deres hoveduddannelse senest fire år efter afsluttet kandidateksamen. Dette er politisk begrundet i ønsket om at afkorte tiden fra kandidat til speciallæge. Lægeforeningen bakker op om denne model<sup>21, 22</sup>, men begge referencer citerer fejlagtigt arbejdsgruppen under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse for at have haft konsensus om, at turnusuddannelsen kan afkortes uden kvalitetstab<sup>23</sup>. Den livlige debat fra yngre læger og speciallæger angående denne ændring refereres ikke yderligere.

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

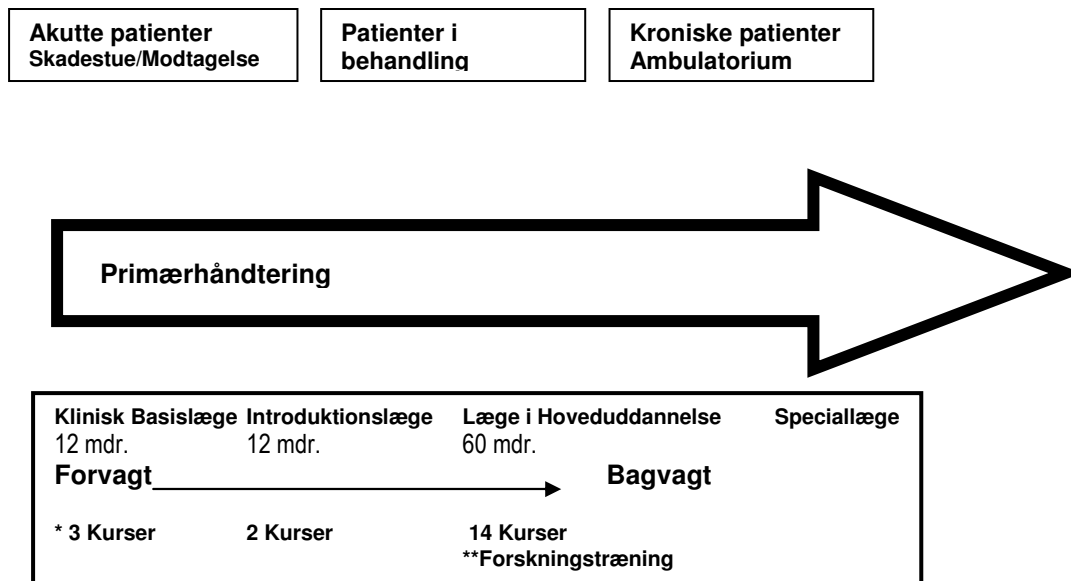
Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

I 2009 udkom en specialeguide for de læger, der er usikre på specialevalg<sup>24</sup>. Via resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt speciallæger, har man skabt et online spørgeskema for profilering mhp specialevalg<sup>d</sup>.

### 9.5 Den postgraduate videreuddannelse for internmedicin/hæmatologi, anno 2009

Kan illustreres med nedenstående figur 1:



\* I henhold til § 10 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 er de obligatoriske (generelle og specialespecifikke) kurser fordelt som følger:

Klinisk Basisuddannelse: 9 dage i alt: akut behandling og transport, pædagogik/læring, kommunikation

Introduktionsuddannelse: ca 6 dage, 2 kurser, ledelse og administration (LAS I), vejlederkursus

Hoveduddannelse: max 210 timer til 12 specialespecifikke kurser (6 i fælles intern medicin, 6 i hæmatologi) samt 6 dage til LAS II og III.

\*\* Ligeledes i henhold til § 10 inkluderes et forskningstræningsmodul max. 10 dage, for internmedicin kommer hertil 10 dage i praksis til at udarbejde et forskningsprojekt, det kan

<sup>d</sup> Det har jeg gjort med følgende forslag: børnelæge, kirurg eller intensivlæge

f.eks. være udarbejdelse af en guideline, en artikel, en litteraturgennemgang eller opgørelse af behandlingsresultater på et defineret område. Der kan dispenseres fra modulet, hvis lægen har en ph.d. eller ækvivalent akademisk grad.

Konklusivt: befolkningens kritik af lægegerning kombineret med national og europæisk politisk ønske om kontrol med den lægelige videreuddannelse er baggrunden for den postgraduate reform. Den nye postgraduate lægelige videreuddannelse tilgodeser EU's og internationale rekommandationer ved at være kompetencebaseret.

Speciallægekommissionen vælger CanMEDS model som fundament, begrundet i en delvis lighed med den danske uddannelse af 1996. SST udmønter betænkning 1384 i minimumsstandarder og uddannelsen afkortes. Reformen har været genstand for forskning i et samarbejde mellem SST og DPU før og 2 år efter implementering.

## 10. Om Kompetencebegrebet

Den postgraduate reform funderer lægelig videreuddannelse i et specifikt kompetencekoncept. Imidlertid er kompetence ikke et uproblematisk og givet begreb, men kan gøres til genstand for en nærmere belysning både generelt samt for det medicinske felt.

### 10.1 Generelt om kompetencer og kompetencekoncepter

Ifølge Eraut<sup>25</sup> bliver ordet kompetence første gang anvendt i Storbritannien i 1933 af Carr-Saunders og Wilson i deres bog: *The Professions*. Imidlertid defineres ordets betydning ikke, men implicit ligestilles det at være kvalificeret med det at være kompetent, det vil sige en binær opfattelse af begrebet. Man er enten kompetent eller inkompetent. Enten kvalificeret til en profession eller ikke-kvalificeret. Deres rationale for at indføre begrebet var baseret på et behov for overfor offentligheden at garantere at en given profession faktisk var trænet og kvalificeret til den givne profession, at professionen ikke kun var defineret ud fra dens sociale status. Medens kirurger havde arbejdet på at forbedre såvel træning som tests, havde det medicinske felt kun tests i sociale færdigheder. Forskellen var betinget af et forskelligt socialt rekrutteringsunderlag, kirurgi blev ikke anset som en gerning for gentlemen, medens medicinen (og jura) rekrutterede fra de højere samfundslag. Denne opfattelse kan formentlig ikke ekstrapoleres til danske forhold, idet kirurger og medicinere blev én profession i 1857 med dannelsen af den danske lægeforening<sup>26</sup>.

Kompetence i denne første betydning blev ligestillet med intellektuel træning, medens praktiske færdigheder ikke var en del af begrebet. Praktiske færdigheder var

hjemmehørende i håndværksfag. Historisk startede kompetencebegrebet således blandt professionelle som en kvalificerende egenskab, der for medicin skilte professionen fra 'kvaksalvere'. Dette forstærker professionens autonomi, idet kun medlemmer, der har den rette træning, kompetence og kvalifikationer kan gøre krav på at tilhøre professionen med dertil hørende politisk indflydelse. Imidlertid udvikler kompetencebegrebet sig gradvist til et statsligt politisk instrument for at kontrollere certificering og/eller berettige offentlige udgifter<sup>25</sup> dvs. at ultimativt reducerer staten professionens autonomi, idet det professionsinterne kompetencebegreb bliver et eksternt statsligt kontrolinstrument.

Semantisk har det 'at være kompetent' den hverdagsbetydning 'at være nogenlunde god til men ikke ekspert i'<sup>25</sup>, samtidigt med at det ofte relaterer til et element af udførelse dvs. en praksiskomponent.

Kompetence anvendt som begreb i fag- eller professionsbeskrivelser har en anden konnotation, som både omfatter kompetencernes spændvidde og deres dybde. Spændvidden afgrænser fagområdet, medens dybden definerer, hvor en given kompetence befinder sig på en graderet skala fra nybegynder til ekspert. Så begrebet indeholder både kvantitative og kvalitative momenter samt en proces fra udgangspunkt til kompetent på et givet niveau. Nutidens kompetencebegreb er således ikke binært, men repræsenterer snarere et stadium imellem to ekstreme yderpunkter i.e. novicen og eksperten.

Ifølge Eraut findes der tre kompetencekoncepter:

#### *10.1.1 Den kompetencebaserede træning og uddannelse*

Oprindeligt baseret på behaviorisme i USA, hvor specificerede kompetencer blev teknisk defineret ud fra struktureret observation og analyser af arbejdsopgaver, men uden at tilgodese sociale og normative aspekter. Senere modeller tilgodeser dog normative aspekter, curricula opbygges på job og færdighedsanalyser, mål og strategier beskrives og kobles til fagets nuværende indhold og opbygning, visioner om fagets fremtidige udvikling og vurdering af evt. nuværende eller fremtidigt behov for arbejdsomlægning. Desuden foreslås medinddragelse af samtlige interessenter i arbejdet med at skabe kompetencebaseret træning og uddannelse, samt variabilitet i metodologi som spørgeskemaundersøgelser, struktureret observation, fokusgruppeinterviews m.v. Konceptet ligestiller kompetence med en præstation ('performance') som et målbart resultat ('outcome'). En profession/et fag fragmenteres i mindre bestanddele, som ikke tilgodeser

den kontekstspecifikke metakompetence, en integreret helhed af færdigheder, viden og holdninger evt. konstituerer. Mængden af mål og prioritering mellem målene er ofte uforenelig med en realistisk bedømmelse. Læringsstrategien ofte koblet til mesterlære trods manglende forskningsmæssig evidens for at denne læringsmetode skulle være andre overlegen.

Formålet med metoden er at sikre at alle i professionen kan udføre det, jobbet kræver.

#### *10.1.2 Det generiske kompetencekoncept*

Formålet for den generiske kompetencemodel er i modsætning til ovenstående at definere hvilke faktorer, der influerer på menneskers udførelse af en given profession/et fag.

Empiriske studier har derfor primært beskæftiget sig med, hvad der skiller den gennemsnitlige fra den fremragende præstation. Herunder personlige egenskaber, hvor det dog er uafklaret om forskellene i præstation skyldes tillærte og/eller arvelige egenskaber hos det enkelte individ. Konstruktionen af en generisk kompetencemodel bygger altså på en psykologisk profilering i forhold til et givet erhverv kombineret med analyse af erhvervets behov. Styrken i modellen er, at den baseres på empiriske undersøgelser, men svagheden ligger i at sociologiske faktorer ikke bedømmes og samtidigt har modellen som præmis, at der kun findes en profil, der matcher et givet job. Fokus for det generiske koncept ligger i udvælgelse af de rette personer til den rette post, dette kan gælde såvel arbejde som uddannelse. En anden svaghed er, at konceptet ikke forholder sig til den potentielle læring, der kunne foregå efter ansættelse i et givet job. Også for denne model ligger kompetence i præstation ('performance') og er målbar, men som et ansættelseskriterium ud fra jobbeskrivelsen.

#### *10.1.3 Den kognitive kompetencekonstruktion*

Bygger på Chomskys lingvistiske teori, som skelner mellem kompetence og præstation ('performance'). Kompetence refererer her til det, en person ved og kan gøre under ideelle omstændigheder, medens præstation refererer til det, der *de facto* gøres i en konkret situation. Der er altså potentielt et gap mellem kompetence og præstation.

Eftersom der kan være et gap, kan det få konsekvenser for evalueringsmetodologi. Der kan måles på præstation, men skal kompetence estimeres må omstændighederne for præstation tilrettelægges under variable betingelser. Dette leder for Wood and Powers til en kompetencemodel for progredierende viden: uddannelse er ikke blot en akkumulering af viden og færdigheder men kræver også en konstant strukturering og omstrukturering,

hvor tidligere erhvervede kundskaber former og samordnes med nye kundskaber. Fremgangsrig adaptation til skiftende omstændigheder integrerende et antal af evner, færdigheder og viden har større betydning end at anvende en enkelt evne eller at kunne reproducere paratviden. Kompetence er indlejret i dybe strukturer (forståelse) kombineret med en generel evne til at mobilisere passende indre kognitive, affektive, motivationelle og andre ressourcer, der er nødvendige under gældende omstændigheder.

Evidensen for modellen kommer primært fra studier i højere uddannelser. Eraut refererer her til bl.a. Säljö. Det leder mig til den inferens, at der indlejret i den kognitive kompetencemodel er den opfattelse af læring, at den er indlejret historisk og sociokulturelt samt betinget af de interaktioner individet har med sine omgivelser<sup>27</sup>.

*10.1.4 Om de tre kompetencekoncepter.* En vigtig pointe for Eraut<sup>25</sup> er den sammenhæng, der er mellem et givet kompetencekoncept og den type viden, konceptet reflekterer. Viden ('knowledge') defineres af Eraut som inkluderende alle praktiske, procedure-relaterede, stillestående ('tacit'), propositionelle (eller kodificerede)<sup>28, e</sup> vidensformer samt færdigheder og know-how.

Når et kompetencekoncept anvendes, bliver det essentielt at vurdere den type af viden konceptet reflekterer, dets styrke samt dets begrænsning. Den første kompetencemodel baserer sig hovedsagligst på den propositionelle vidensform, færdigheder og praktisk kunnen, men inkluderer ikke tacit viden. Fragmenteringen i partikulære outcomes tilgodeser ikke metakognitive processer, hvor den lærendes hidtidige erfaring og viden kombineres med nye erfaringer og viden, såvel tacit som propositionelt. Modellen har primært en behavioristisk opfattelse af læring, som et stimulus-respons. Den generiske kompetencemodel vil formentlig forsøge at belyse såvel propositionelle vidensformer som tacit viden, men den tester ikke færdigheder og praktiske kundskaber. Den har yderligere den svaghed at den ikke kobler kompetence med læreprocesser. Den søger et menneske til en veldefineret position. Den kognitive kompetencemodel har den styrke at den opfatter kompetence som alle vidensformerne, at den ikke ligestiller kompetence med præstation, idet præstation er et synligt øjebliksbillede, medens kompetence er den generelle dybere forståelse og evnen til at kunne mobilisere denne forståelse. Den kognitive kompetencemodel er en model for livslang læring, idet den knytter ny viden sammen med og omstrukturerer tidligere viden. Dens svaghed er, at selvom læring er indlejret historisk og

---

<sup>e</sup> Eraut veksler mellem betegnelsen propositionel viden og kodificeret viden. Det er offentlig (eller delt) viden og den er eksplicit.



sociokulturelt, har den det enkelte individ som fokus. Ingen af modellerne forholder sig til den viden interaktion genererer, at en gruppe individer tilsammen ved mere end summen af hvert individs viden. Hvad der kunne kaldes en gruppe-metakompetence. En fjerde model?

### **10.2 Om kompetencemodeller i den postgraduate lægelige videreuddannelse i et internationalt perspektiv**

Med ovenstående kompetencekoncepter *in mente* vil den måde, kompetence defineres i postgraduat lægelig videreuddannelse, influere på såvel lærings- som evalueringsmetoder. I Erauts første model kan læring tilrettelægges som punktformede mål og den uddannelsessøgende evalueres momentant af en ekstern person. I Erauts tredje model, hvor kompetence ikke sidestilles med præstation, må læring tilrettelægges under skiftende omstændigheder, og evaluering være en løbende proces under de skiftende omstændigheder. Selvevaluering, hvor den uddannelsessøgende bedømmer, hvilken viden, der er ny og hvordan den relaterer sig til tidligere viden bliver en bidragende komponent, som evt. suppleres af en ekstern evaluators observationer og input.

De første medicinske kompetencebaserede curricula så dagens lys i USA i 1970'erne<sup>29</sup>, men sygnede hen indtil 90'erne, hvor store dele af den industrialiserede verden starter en 'kompetencebevægelse', hovedsageligt på baggrund af politiske ønsker om kontrol med de lægelige standarder, men også på baggrund af en voksende mistillid i befolkningerne til professionen<sup>29, 30, 31, 32, 33</sup>.

Fælles for de lande, der indfører en kompetencebaseret matrix, er formuleringen af nationale overordnede roller<sup>f</sup>, hvorefter udarbejdelsen af curricula/standarder enten er op til de enkelte specialer eller for USA's vedkommende de universiteter og sygehuse som varetager postgraduat uddannelse. I USA, Canada og UK er standarderne koblet til uddannelsesinstitutionernes akkreditering og eksaminer.

De valgte roller er forskellige. USA vælger følgende centrale roller: 1) Patient omsorg (patient care) 2) medicinsk viden 3) praksisbaseret viden og forbedring 4) interpersonelle og kommunikative færdigheder 5) professionalisme og 6) systembaseret (organisatorisk)

---

<sup>f</sup> Ved gennemgangen af den engelsksprogede litteratur findes den konfunderende faktor, at amerikanerne opererer med både competence og competency. Jeg forstår forskellen sådan, at competence er resultatet af læringsprocessen, altså primært en personlig egenskab som følge af et outcome, medens competency ækvivalerer med det canadiske koncept: roller.

praksis<sup>34,35</sup>. Den canadiske model med syv roller er tidligere beskrevet (s 11). Holland<sup>36</sup> vælger ligesom Danmark at basere deres postgraduate uddannelse på CanMEDs syv roller. I Storbritannien er udgangspunktet, at sundhedssystemet som helhed inklusive postgraduat lægelig videreuddannelse skal være patientstyret (i modsætning til patientfokuseret!)<sup>37</sup>. UK undgår omhyggeligt at beskrive en og kun en kompetencemodel, selvom det er implicit, at postgraduat uddannelse skal opbygges over kompetencer<sup>30,38</sup>. I stedet beskrives obligatoriske elementer for postgraduat uddannelse, som skal indarbejdes i curricula. Det engelske hæmatologiske curriculum er kompetencebaseret, og hver kompetence indeholder tre elementer: viden, færdigheder og holdninger<sup>39</sup>.

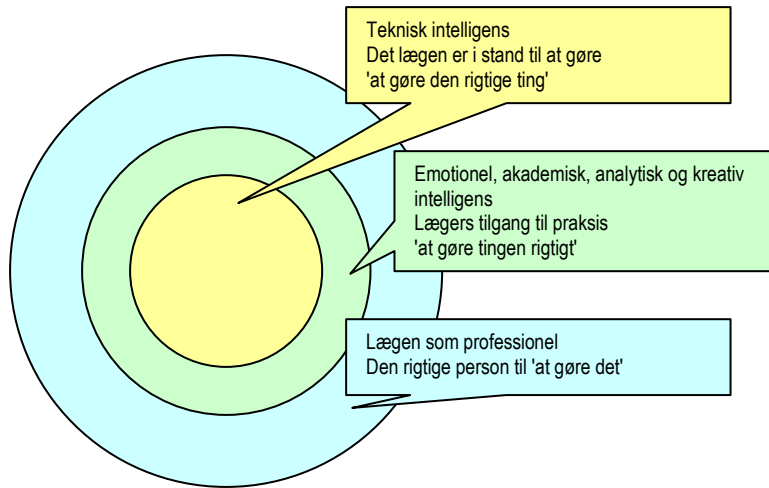
WFME<sup>3</sup>, hvis mål er en international standard, definerer kompetence, som enten generelle professionstermer eller som specifik viden, færdigheder, holdninger og adfærd men kompetence resulterer i målopfyldelse ('goal', 'outcome'). De områder som den postgraduate træning<sup>9</sup> bør dække er: 1) patientomsorg 2) medicinsk viden 3) kommunikative færdigheder 4) vurdering og anvendelse af ny viden og teknologi 5) lærer/mentor/supervisor 6) akademiker 7) professionel 8) være patientens advokat 9) kende sundhedssystemet og dets politik, forstå sundhed og kunne forbedre omsorgsstandarder i sin organisation.

Det er fælles for de ovenfor beskrevne standarder, at det kompetencekoncept, der anvendes, er en behavioristiske tilgang, med præstation og med målbare outcomes som et stimulus-respons; det medicinske curriculum fragmenteret i propositionel viden eller observerbare færdigheder og praktisk kunnen. Der er kun identificeret to kilder som reflekterer andre kompetencekoncepter. Den første kaldes 'Dundee outcome-based medicine'(DOM), og er oprindeligt udviklet prægraduat, men forfatterne anfører, at den kan anvendes i alle faser af lægelig uddannelse<sup>40</sup>. Modellen refererer til og trækker på Gardners teori om de forskellige menneskelige intelligenser (ikke refereret her). Den baserer sig på tre cirkler, se figur 1. Den inderste cirkel repræsenterer teknisk intelligens, hvor viden er indlejret i kompetencen. Alle læger skal mestre dette. Den midterste cirkel repræsenterer emotionel, akademisk, analytisk og kreativ intelligens, viden er forståelsesbaseret. Den er funderet i kernekompetencer men uden defineret slutstation, det er på dette stadie at 'stjerneaktører' kan diskrimineres fra andre. Den yderste cirkel

---

<sup>9</sup> Det danske ord er uddannelse, men jeg har en præference for den engelske term: training, som bedre reflekterer både kompetence og lærings opfattelse.

repræsenterer det enkelte individs fulde intelligensrepertoire og -kapacitet samt professionsniveau.



Figur 2: Dundee kompetencemodel, reproduceret fra ref. 47

De læringsresultater (learning outcomes), der kan forventes, er veldefinerede i den inderste cirkel, ikke veldefinerede og ikke fuldt forståede i midterste cirkel, og helt udefinerede og ikke forståede i den yderste cirkel. Det kunne have konsekvenser for valg af kompetencekoncepter for de forskellige postgraduate uddannelsestrin. Selvom det er vanskeligt at klassificere dette kompetencekoncept 'rent' i henhold til Erauts tre kategorier, repræsenterer den inderste cirkel bedst det første koncept, idet præstation og resultat er forbundet til kompetence. Den midterste cirkel er en kombination af første og tredje koncept med overvægt til den kognitive side, idet kompetence her er mere end blot præstation, hvor viden og færdigheder integreres i en dybere forståelse, som vil afhænge af individets evne til at kunne mobilisere sin viden og færdigheder. Den yderste cirkel er en kombination af anden og tredje koncept men med overvægt mod det generiske kompetencekoncept, idet individet matches til den ønskede profil for et givet job. Så her er en model, som integrerer de tre kompetencekoncepter. I artiklen fremhæves at nye medicinske fremskridt vil kunne betyde, at en person skal tilbage til første cirkel (f.eks. lære at anvende nye operationsteknikker), så modellen er dynamisk, idet individer kan bevæge sig mellem de tre cirkler. Det må desuden formodes, at et individ har differentierede kompetencer, således at alle tre cirkler er repræsenterede i individet samtidigt men inden for forskellige områder af det medicinske felt.

Den anden kilde, som ikke funderer postgraduat uddannelse i et behavioristisk kompetencesystem, er en selvkritik af det amerikanske system<sup>41</sup>. Forfatterne starter med at omdefinere professionel kompetence til: den habituelle og skønsmæssige anvendelse af kommunikation, viden, tekniske færdigheder, klinisk ræsonnement, følelser, værdier og refleksioner over daglig praksis til gavn for individ og samfund. Det inkluderer a) kognitive funktioner som at tilegne sig viden og anvende denne til løsning af reelle problemer, b) integrerende færdigheder, hvor biomedicinske og psykosociale data anvendes for det kliniske ræsonnement, c) relationelle færdigheder i forhold til patienter, kolleger og andre faggrupper samt d) affektive/moralske dimensioner som villighed, tålmodighed og følelsesmæssig bevidsthed til at bruge disse færdigheder med omsorg og medmenneskeligt. Det sidste element, der inkluderes er 'habits of mind', som jeg kun kan oversætte med Bourdieus begreb: indlejret i habitus. Professionel kompetence har en progressiv, inkonstant og kontekstafhængig karakter. Denne beskrivelse af lægegering er parallel med den udvidede kognitive kompetencemodel.

Udover Epstein *et al*<sup>41</sup> er der flere publikationer, f.eks. Grant<sup>30</sup> og Albanese<sup>42</sup>, som søger at definere kompetence til at være mere omfattende end færdigheder, viden og holdninger, men omdefinitionerne ændrer ikke fundamentalt på den behavioristiske tilgang.

Der er langt mellem de kritiske røster, men Grant<sup>43</sup>, UK, giver i 1999 en svidende kommentar til hele det behavioristiske kompetencebegreb, som hun kalder infertilt. Den medicinske profession er karakteriseret af evnen til at håndtere kompleksitet, men der findes ikke én fælles universel tilgang til et givet problem. Ifølge Grant er særkendet på en ekspert den individuelle evne til at anvende hele sit repertoire af viden og erfaring i en specifik kontekst med en given patient (og der er aldrig helt identiske situationer eller patienter). Vurderinger baserer sig på evnen til at håndtere kompleksiteten kombineret med et professionelt skøn. Der findes ikke to lægelige eksperter, som ville have præcis den samme tilgang til det samme problem. Grant advarer mod at ekstern pression kompromitterer professionens standard. Der er ingen evidens for at kompetencebaseret postgraduat uddannelse skaber bedre, mere ansvarlige eller dygtigere læger. I forlængelse af dette syn kritiserer flere forfattere<sup>44, 45, 46, 47, 48</sup> manglen på helhedsperspektiv og/eller den fragmentering den kompetencebaserede uddannelse medfører. Norman, USA, sammenligner det med bilfabrikering efter Fords samlebandsprincip. Der er hjul, karosseri, motor m.v. men intet diagram, så ingen ved,

hvordan bilen samles. ten Cate<sup>49, 50, 51</sup>, Holland, diskuterer den arbejdsbyrde, et stort antal mål giver såvel uddannelsessøgende som vejledere. Han argumenterer for, at vejledere besidder 'tacit' viden (eller competence til forskel fra performance som nævnt under den kognitive model), som betyder, at man uden videre kan bedømme uddannelsessøgendes niveau, færdigheder og evne til at løse konkrete problemstillinger. Så ten Cate foreslår, at specialer identificerer de kritiske kompetencer en speciallæge skal være i besiddelse af og bedømmer de uddannelsessøgende i konkrete situationer på, om man som vejleder/mere erfaren læge 'stoler på' eller 'har tillid til', at den uddannelsessøgende læge kan løse opgaven på egen hånd. Hvis ja, tildeles den uddannelsessøgende en EPA (entrustable professional activity). Når den uddannelsessøgende har EPA's der dækker et defineret kritisk kompetenceområde efterfølges dette af en STAR (Statement of awarded responsibility), som betyder at den uddannelsessøgende har afsluttet et af momenterne i sin speciallægeuddannelse. Tempoet for opnåelse af dette vil variere mellem uddannelsessøgende. Det er altså en model, der reducerer mængden af formel evaluering betydelig. Competence bliver ikke bedømt, den er en inferens.

Efter den generelle gennemgang af kompetencekoncepter, samt en belysning af den internationale medicinske litteratur på området vendes blikket mod de hjemlige farvande.

### **10.3 Om den danske kompetencemodel for postgraduat lægelig videreuddannelse.**

Den danske kompetencemodel er som tidligere refereret bygget over den canadiske model, dvs. svarende til det behavioristiske kompetencekoncept (Erauts første).

I Kommissoriet til Betænkning 1384 om Fremtidens Speciallæge<sup>1</sup> var et af hovedformålene at højne speciallægeuddannelsens kvalitet.

Speciallægekommissionen har det udgangspunkt, at fremtidens speciallæger skal have en høj professionel standard og uddannelsen skal være på højde med de lande, vi normalt sammenligner os med. Men som det fremgår af det foregående, er bekymringen for kvaliteten af den postgraduate uddannelse ikke isoleret til DK, men et fænomen i hele den vestlige hemisfære i 1990'rne. Arbejdet med revisioner af postgraduat uddannelse er primært drevet af den politiske agenda og befolkningernes mistillid til professionen.

Af betænkning 1384 fremgår det, at SST's vejledende retningslinjer for målbeskrivelser fra 1992 omfattede: teoretisk viden, kendskab til og færdigheder inden for områderne diagnostiske, terapeutiske og profylaktiske procedurer, undervisning, samarbejde og kommunikation, forskningsmetodologi, administration, lovgivning, videnskabsteori, etik, og

holdninger. Speciallægekommisionen anvender de i 1992 definerede områder som et argument for den kompetencemodel, de foreslår, men det fremgår ikke af betænkning 1384, at dette er en direkte oversættelse af CanMEDs kompetencemodel. At modellen ikke er valideret på dette tidspunkt fremgår ikke af betænkning 1384. CanMEDs kompetencemodel starter i 2000<sup>7</sup>, og er skabt primært som en ekstrapolation af de studier, der er lavet for prægraduat uddannelse (personlig korrespondance med Jason Frank, bilag nr. 1). Et dansk survey<sup>2</sup> har eksploreret de danske lægers bedømmelse af og fortrolighed med de syv roller. Modellen gav mening og fortroligheden var stigende igennem den postgraduate uddannelse og på speciallægeniveau<sup>2</sup>. Imidlertid kan forfatterne ikke drage sikre konklusioner, idet kun 43 % af potentielle respondenter deltog i spørgeskemaundersøgelsen.

Speciallægekommisionen fremfører ikke i betænkning 1384 argumenter *pro et contra* forskellige kompetencekoncepter. Speciallægekommisionen har i sit kommissorium været bundet af EU's charters på området, og har derved indirekte haft bundne hænder i valget af en kompetencemodel, hvor præstation og resultat som målbare er centrale elementer<sup>9, 10, 11</sup> som det politisk styrende instrument.

Speciallægekommisionens *høje* (min kursivering)standard for speciallægeuddannelsen, er dog afgrænset til varetagelsen af 90 % af specialet på regionssygehuse. Det er min vurdering, at det er denne rekommandation for standarden, der leder SST til at udarbejde minimumsmålbeskrivelser. Det betyder, at uddannelsens standard defineres ud fra et regionalt perspektiv, medens universitetssygehusenes kompetenceniveau ikke er inkluderet i beskrivelsen. Kvalificering til arbejde på universitetssygehusene er kun indirekte belyst i betænkning 1384 via den individuelle kompetenceudvikling, hvor den ikke formaliserede uddannelse som individuel profilering omtales.

Speciallægekommisionens rekommandation af 3 mdr. forskningstræning er kraftigt barberet til 10 dages kursus og 10 dages projektarbejde.

Et væsentligt element i den nye postgraduate uddannelse er ændringen fra et tidsstyret forløb til en proces og målorienteret uddannelse<sup>52</sup>. Politisk har der på baggrund af speciallægemangel været et kraftigt ønske om at afkorte den postgraduate uddannelse<sup>17</sup>, som siden implementeringen i 2004 er yderligere reduceret i 2008 gennem afkortelsen af 'grunduddannelsen' fra 18 til 12 mdr., samt restriktionen på 4 år fra afsluttet kandidatgrad til påbegyndt hoveduddannelse. Der kan dog dispenseres 2 år, hvis man opstarter ph.d.

projekt (som er estimeret til 4år!). Det temporale aspekt er ikke svækket men accentueret gennem den nye uddannelse.

På baggrund af DPU's anden rapport<sup>18</sup> er målbeskrivelser fra 2004 revideret. Antallet af mål er reduceret kraftigt. For KBU er f.eks. en lang række kliniske problemer og færdigheder reduceret til de problemer og procedurer, der *de facto* findes, der hvor man er ansat (sammenlign<sup>53, 54</sup>). KBU fragmenterer fortsat kompetencerne på de syv roller, men for hoveduddannelsen indgår 'de syv roller' nu som en integreret bedømmelse i hvert mål under de tre overordnede arbejdsfunktioner: stuegang, ambulatorium og bagvagt. Tidligere var mål definerede separat for hver rolle (se<sup>19, 20</sup>). For de tre funktioner stuegang, ambulatorium og bagvagt er forslag til hvilke roller, hvert element vurderer. Specialeguiden<sup>24</sup> kan opfattes som et generisk kompetencekoncept, dog er det ikke arbejdspladsen, der søger en speciel profil, men en uddannelsessøgende læge, der kan få et bud på hvilke specialer, der matcher en selvprofilering.

Det er forbilledligt, at SST indgår i et forskningsmæssigt samarbejde med DPU, men en evaluering af reformens effekt på uddannelseskultur og implementering af de syv roller allerede efter 2 år gør det vanskeligt at bedømme, hvilken effekt reformen reelt får. Den første læge, som vil have gennemført hele den postgraduate uddannelse efter det nye kompetencebegreb bliver færdiguddannet i 2010.

De kvalitative forskelle mellem rollerne vil blive belyst i et senere afsnit.

## 11. Lægekunstens filosofi og uddannelse i et historisk perspektiv

Den postgraduate reforms syv roller er definerende for opfattelsen af lægegerning, hvilket i henhold til hypotese og problemformulering kan influere på lægegerningens filosofi. Den medicinske filosofi har dybe historiske rødder, hvorfor dette konstituerer baggrunden for en analyse af implikationerne i den nye uddannelse.

### 11.1 Om det filosofiske grundlag

Lægegerning har formentlig eksisteret lige så længe, som mennesket har levet i samfund ofte koblet til religion, magi og overtro<sup>55</sup>. En kulturs menneskesyn, opfattelse af 'det gode liv', antagelser om sygdommes genese og sundhedsopfattelse afspejles i relationen mellem læge<sup>h</sup> og patient dvs. konstituerer det filosofiske og etiske grundlag, hvorpå lægegerning udøves.

---

<sup>h</sup> Læge som udvidet begreb: den, der læger

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

Stentavler og ægyptiske hieroglyffer giver et sporadisk indblik i lægegerning i oldtiden<sup>55</sup>, men den først kendte samlede skriftlige opfattelse af lægegerning findes i *Corpus Hippocraticum*, som daterer sig til det 5. århundrede før vor tidsregning. Et værk, som har indflydelse den dag i dag, idet alle medicinstuderende ved afsluttet kandidateksamen aflægger den Hippokratiske ed i den form, som blev formuleret af professor Herholdt i 1815<sup>56</sup>. Den lyder:

*Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.*

Lægeløftet afspejler således en Hippokratisk filosofi, hvor individuelt skøn, et regelsæt (såvel etisk som juridisk) for gerningen og livslang læring er væsentlige elementer. Ifølge Juul Jensen<sup>57</sup> er **Hippokrates** (460-375 f. Kr.) den første, hvor sundhed og sygdom har udgangspunkt i menneskets natur og ikke er funderet i metafysik eller teologi. For Hippokrates defineredes sundhed som et balanceforhold<sup>57,58</sup> mellem naturen og mennesket, såvel legemet som psyken. En balance, som var unik for det enkelte menneske, defineret af dispositioner, karakter og væremåde og relateret til det enkelte menneskes livsvilkår, såsom social status, kultur og samfundsform. Sygdom var altså betinget af ubalance i patient og/eller i omgivelserne. Men da balancen er unik for hvert individ kan generelle sygdomsbilleder ikke afledes. Lægen må for hver patient ikke blot vurdere symptomerne i relation til kroppen og sindets balance og til patientens specifikke kontekst, lægen skal tage rede på hvad, der gik forud for symptomerne, hvad der foreligger og forudsige det, der følger samt vurdere relevansen af en evt. terapi<sup>i</sup>. Lægen skal anvende alle sanser, hørelse, syn, berøring, lugt, smag, forstand og sin erfaring. Lægen er lægekunstens tjener i en triade der består af patient, læge og sygdom, hvor

---

<sup>i</sup> De kategorier svarer til hvad nutidens læger kalder anamnese, objektiv undersøgelse, terapi og prognose.



patienten er i et afhængighedsforhold til lægen. Til gerningen kræves derfor en god karakter, træning, takt, retfærdighedssans og forståelse<sup>57,58</sup>.

**Aristoteles** (384-322 f. Kr.), i hælene på Hippokrates, mener at medicin konstituerer en særlig praksis, hvis viden og teoridannelse skal baseres på den erfaring, der skabes i praksis. Herved skiller opfattelsen sig fra andre græske filosoffer primært **Platon**, der mener at forståelsen af medicinen kræver en indsigt i kosmos, at der er en overordnet ide som grundlag for al viden om verdenen. Viden om medicin kræver altså et teoretisk og filosofisk grundlag udenfor medicinen selv<sup>59</sup> (Juul Jensen anfører, at begge synspunkter forfægtes i de Hippokratiske skrifter). Dette skisma mellem teori, som stående udenfor en given praksis eller teori baseret og udsprunget fra praksis selv er endnu i dag et filosofisk grundproblem, som jeg vender tilbage til i analysen af de syv roller. Aristoteles skelner mellem tre typer af kundskab, som knyttes til hver sin aktivitetsform<sup>60</sup> *Episteme*: den viden, som er sikker og uforanderlig, knyttes til aktivitetsformen *Theoria*<sup>j</sup>, analysere eller betragte ovenfra (f.eks. summen af vinklerne i en trekant er konstant i.e. 180 grader). Anden kundskabsform er *Techne*, kundskab om og færdighed til at producere noget, hvor produktet og ikke processen er målet. Kundskaben er en enhed af praktisk kunnen og viden. Den knytter sig til aktivitetsformen *Póiesis*<sup>k</sup>, der betyder dannelse. Lægegerningens kundskabsform er primært *Techne*, idet lægens evne til at gøre syge mennesker raske er en kundskab/færdighed, som har målet sundhed for det pågældende individ. Lægekunst kan kun læres og målet kun nås ved at man blive indført i de grundlæggende regler og begreber **og** udfører dem. Lægen skal kunne opfatte det partikulære ved hver patient og handle derefter. Lægerollen er paternalistisk, idet kun læger besidder den kundskabsform, der kan føre til sundhed<sup>57</sup>.

Tredje kundskabsform er *Fronesis* kundskaben om det, der giver livet mening, det 'gode liv'. Kundskaben knyttes til aktivitetsformen *praxis*. Målet ligger i selve handlingen. At gøre 'det rigtige' kan kun opnås gennem at handle 'korrekt'. I modsætning til *Techne* er *Fronesis* et fælles anliggende for statens borgere, dvs. idealer for etik og moral opstår i dialog mellem borgerne<sup>60</sup>. Det, der forhandles til at være moralsk rigtigt, betegnes 'dyder'<sup>61</sup>. Og kun ved øvelse i at handle i overensstemmelse med dyderne, bliver man dydig. For lægen

---

<sup>j</sup> Theos er det græske ord for Gud, så det givne kommer udenfor menneskets indflydelse. Ordet kendes fra teologi.

<sup>k</sup> I mit speciale tales om hæmatopoiesis: dannelse af blodets formede bestanddele.

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

vil korrekt etisk adfærd, som den forstås af borgerne, skulle trænes i praksis, for i selve handlingen ligger bedømmelsen.

Læringsteoretisk er Aristoteles's position, at undervisning kun er muligt for *episteme*, man kunne sige kan *udlæres* ved undervisning, medens de to andre kundskabsformer skal *indlæres* gennem udførelse. Forskellen mellem *techne* og *fronesis* er, at for *techne* har handlingen et mål, for *fronesis* er selve handlingen målet. For Aristoteles udvikles filosofien for medicin af det kliniske møde med patienter, undersøgelser og eksperimenter<sup>59</sup>. Erkendelser fra den direkte konfrontation med praksis leder til metodeudvikling, indsigt om virkelighedens væsen samt en etik, der har en direkte effekt tilbage på praksis. Der er altså ikke nogen separation mellem praksis og filosofi. På Aristoteles tid var der ingen sygdomme, der var baseret på sikker viden, og lægekunsten kunne således ikke henføres til *episteme* og *theoria*.

Aristoteles er dog ikke konsistent, idet han via dissektion af dyr, udleder en begyndende teori om at hvert organ har en specifik funktion og at organer optimalt kun bør have en funktion. Dette leder i perioden efter Aristoteles til en separation mellem medicinens teori og dens praksis, idet de institutionelle rammer ændres og medicinen udvikles indenfor rammerne af *skhole*<sup>59</sup>, lukkede institutioner, hvor læger er fritaget for den praktiske gerning og i stedet kan udføre (tabubelagte) videnskabelige anatomiske undersøgelser ikke kun ved dissektion men også ved vivisektion. Der opnås herved kundskab om organerne såvel de sunde som de syge, men da videnskaben er separeret fra det praktiske arbejde ansigt til ansigt med patienter, samtidigt med at lægerne i de institutionelle rammer ikke kan frigøre sig fra den hippokratiske humoral-patologi får fundene ingen gennemslagskraft hos lægerne i praksis, hvor det hippokratiske syn bibeholdes. Skolernes fundament smuldrer og går i glemsel.

Den Hippokratiske skole, som umiddelbart efter Hippokrates udviklede den humoralpatologiske tese, at ubalance i fire væsker (blod, slim, sort og gul galde) er baggrunden for sygdom lever videre via romeren Galen<sup>62</sup>.

Efter de græsk/romerske rigers fald går de hippokratiske og aristoteliske tekster tabt, men skrifterne bevares i den arabiske verden, og 'genopdages' og oversættes i Europa i begyndelsen af middelalderen via Maurerne i Spanien og via Salernoskolen i Italien.

Bruddet med den hippokratiske tankegang opstår i renæssancen, hvor **Descartes** (1596-1650) filosofi anses som en af hovedhjørnestenene for *rationalismen*<sup>57, 59</sup>. Descartes filosofi tager sit udspring i den begrænsning, han ser i datidens skoling, som han anser for elitær og forstenet. Han forlader derfor det akademiske liv (i første omgang) og begiver sig ud i verden, hvor han i mødet med andre kulturer og samfundslag indser at det, der tages for givet som sandhed et sted lige så vel kan udlægges som en anden sandhed et andet sted. Der kan sås tvivl om alt. Derfor søger Descartes efter et sikkert ståsted, noget hvorom der ikke kan sås tvivl. Han når frem til den berømte sentens 'Cogito, ergo sum'. Med denne sikre viden som udgangspunkt fortsættes søgningen efter andre indiskutable facts, som i 1637 publiceres som 'Discours de la methode, pour bien conduire sa raison, et chercher la verité dans les sciences'<sup>1</sup>. For Descartes er sundhed det største gode af alle, idet det er forudsætningen for alle andre menneskelige aktiviteter. Ifølge Juul Jensen<sup>57,63</sup> er det en misforståelse af eftertiden at sætte lighedstegn mellem Descartes og et naturvidenskabeligt grundsyn på medicin, som fjerner denne fra praksis. Målet for medicinen er for Descartes sundhed, ikke videnskabelig kontrol. Den viden og udvikling, som videnskaben skaber via høje metodiske krav, giver kun mening, hvis den kan bidrage til at realisere medicinens mål, dvs. sundheden. Samtidigt med Descartes lægger **Sydenham** (1624-1689) grunden til den medicinske nosografi<sup>62</sup>, dvs. systematisk beskrivelse af sygdomme baseret på observationer ved sygesengen. Sydenham mente, som Aristoteles, at naturens orden var uforanderlig, herunder arterne, som kan klassificeres efter deres essens. Det nye hos Sydenham var, at også sygdomme tilhørte arter, hvorfor en taksonomi var mulig præcis som indenfor biologien.

Ifølge Foucault<sup>64, 65</sup> er rationalismen baseret på en identitet mellem det at se og det at iagttage<sup>m</sup>, og det sete er identisk med det setes væsen. Der lægges en orden eller systematik ned over virkeligheden som bestemmes via forskelle. Hvor renæssancen havde et hierarki af analogier (f.eks. kys er lig kærlighed), opererer rationalismen med en mathesis som model, dvs. en orden af målbare elementer, som afgrænses via forskelle. Herunder bliver også mennesket objekt. Viden skabes af mennesker (som subjekter). Kun mennesket er både subjekt og objekt for 'sin' videnskab (i.e. medicin), og al viden er konstitueret af mennesket. For Foucault er det ikke empiriske metoder, der er central for

---

<sup>1</sup> Oversat: Tale om Metoden, for bedre at kunne følge sin fornuft og søge sandheden i videnskaberne

<sup>m</sup> Jeg forstår forskellen som: at se er det passive syn, mens iagttagelse er det aktivt søgende og penetrerende syn

rationalismen, men en ikke-ekspliciteret præmis om, hvad menneske og viden er, nemlig mennesket som både subjekt og objekt for sin videnskab.

I slutningen af 1700-tallet opstår det næste brud *positivismen*. Ifølge Foucault<sup>64,65</sup> er lægernes selvforståelse af dette brud ikke korrekt. Selvforståelsen er, at læger forlader tom spekulation til fordel for logiske konklusioner på baggrund af empiriske studier og metoder. I slutningen af 1700-tallet er det, der ændrer sig ifølge Foucault, selve forudsætningen for at føre sygdom på tale, i stedet for at spørge patienten, hvad han fejler spørges der f.eks. til hvor han har ondt. Iagttagelsen og sproget ændres. Sproget skal følge og være tro mod iagttagelsen, det vil sige at sprogets spejling af en iagttagelse skal være verificerbar. Det er selve forudsætningerne for at føre sygdom på tale, der har ændret sig, en omorganisering af det felt, der kan ses, tænkes og italesættes. Den kliniske metode at rette sit blik mod den enkelte patient og beskrive det man ser (hører, mærker, lugter, smager) i det kliniske sprog foregår parallelt med udviklingen i patologisk anatomi, hvor den døde krop bliver synlig og kan beskrives. Sygdomme og døden integreres i den medicinske erfaring og sprogbrug dvs. forbindes empirisk og kausalt. 'Det onde' har ikke længere rod i metafysiske forestillinger.

Juul Jensen<sup>57, 59</sup> belyser for samme periode et andet aspekt på medicinen via **Kant** (1724-1804), som modstiller medicinens plads i samfundet versus lægens rolle for den enkelte borger. For staten har tre videnskaber interesse, de øvrige videnskaber står udenfor statens interesser. For staten rangerer teologi højest, da det rækker ud over jordelivet, hernæst følger jura, som samfundets forvalter af borgere blandt andre borgere og sluttelig medicinen, som varetager borgernes kroppe, hvis helbredstilstand influerer på samfundets produktivitet. Set fra det enkelte menneskes synspunkt bliver faktorernes orden reverseret, vigtigst er helbred, dernæst sikring af jordegodset og først når mennesket nærmer sig livets slutning bliver sikringen af det næste liv af betydning. De tre professioner er således vigtige aktører som formidlere mellem borgere og stat. Kant sidestiller professionernes autoritet med professionernes skriftlige kilder, for teologi biblen, for jura lovene og for medicinen de medicinske regulativer. Læger er altså en del af et system med forordninger for, hvordan borgerens liv skal formes. Ergo har staten en interesse i at regulere området. Kant tillægger dog medicinen en særstilling, da den i modsætning til de to andre professioner må udlede sine forordninger og procedurer direkte fra naturen. Det betyder, at læger har en særlig indsigt som ikke kan deles af andre borgere. Kun de professionelle

kan definere, hvad der er god praksis. Herved opstår et skisma mellem statens ønske om kontrol på et område, den ikke har indsigt i og professionen. Et skisma der kun kan løses ved at den politiske magt lader sig vejlede af den medicinske profession selv.

Reguleringen i staten har dog potentielt den risiko, at den enkelte borger kan unddrage sig et eget ansvar for sin helbredstilstand. I Kants udlægning er den medicinske profession både en praksis, der formidler statens selvopholdelseskraft og en praksis, hvor den enkelte borger assisteres i helbredsforhold. Læger har derfor behov for indsigt ikke kun i sygdomsforhold, men også i kulturelle, sociale og samfundsvilkår. Læger (og andre sundhedsprofessioner) knyttes derved til såvel naturvidenskab som humanistiske videnskaber.

Ifølge Pellegrino<sup>61</sup> (og Juul Jensen) lever den Hippokratiske etik videre parallelt med ovenstående udvikling, blandt andet fordi den er forenelig med det kristne næstekærlighedsprincip 'den barmhjertige samaritan'. Pellegrino mener dog, at der i midten af 1960'erne er et begyndende brud på den hippokratiske tradition, primært i USA. Dette forårsages af såvel eksterne faktorer som interne faktorer. Eksternt gennem forbrugersamfundet, flere samfundsborgere med højere uddannelser medførende kritisk indstilling og mistillid til autoriteter, græsrodsbevægelser, patientforeninger, sagsøgninger samt et skred i samfundets fælles værdier. Internt for medicin tiltagende specialisering medførende fragmentering, institutionalisering og depersonalisering af sundhedsvæsenet. Samtidigt medfører den medicinske teknologiudvikling komplekse etiske udfordringer. I USA leder det for medicinsk etik til 4 '*prima facies*' principper, som læger er forpligtiget til at følge: at ikke gøre skade (non-maleficence), godgørenhed (beneficence), patient autonomi samt retfærdighed. Der er dog ikke konsensus angående disse principper, de kritiseres for at være for abstrakte, for rationalistiske og for tekniske; de tilgodeser ikke det enkelte menneskes karakter, livshistorie, kulturelle baggrund eller køn. Internationalt betyder udviklingen fra denne periode og frem til i dag, at den medicinske profession indser behovet for at genforbinde sig til filosofi.

### **11.2 Om filosofiens influens på læringsbetingelser**

Lægegerningens filosofi vil influere på, hvordan kommende læger uddannes og oplæres. Allerede i det antikke Grækenland er der to positioner, Platons filosofi om at kun forståelse af den overordnede ide med kosmos fører til forståelse for det partikulære og Aristoteles' filosofi om tre kundskabsformer, hvor lægegerningens grundlag er det partikulære hos

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

hver patient, at praksis (i Aristoteles's term: Techne) konstituerer en særlig vidensform, hvorfra forståelse kan genereres. Såvel Hippokrates som Aristoteles har kundskabsforøgelse subsidiært til erfaring som et element i gerningen, i nutidens sprog: livslang læring er en præmis for lægekunsten samt desto mere erfaren, man er, desto dygtigere bliver man.

Descartes skaber, trods den opfattelse at sund fornuft ikke er forbeholdt en elite men besiddes potentielt af alle mennesker, med sin teori om 'metode' grobund for, at teori går forud for praksis, også selvom teorien kun giver mening, hvis den kan omsættes i praksis<sup>57, 59, 62</sup>. Indtil ca. 1800 var uddannede læger forbeholdt en elite ('kongens livlæge') og de videnskabelige anatomiske studier og fund blev kun i ringe grad omsat til praksis. De seneste to hundrede år har lægegerning været præget af det positivistiske syn, at medicinen skal være baseret på empiriske metoder, primært kvantitative som f.eks morbiditet og mortalitet. Denne forståelse fokuserer på generelle, individ- og kontekstuafhængige forhold. Teorien bliver det fundament, hvorpå praksis skal forstås. Traditionelt var praktisk lægegerning dog forud for det tyvende århundrede primært et ikke ekspliciteret mester-lærlinge-princip<sup>66</sup> selvom det medicinske fakultet på Københavns universitet har eksisteret siden 1475. I begyndelsen af det tyvende århundrede efter at pædagogen Flexner af de amerikanske federale myndigheder fik til opgave at inspicere og vurdere de amerikanske og canadiske lægeskoler ændres dette internationalt og nationalt. Anbefalinger om at lægestudiet skulle begynde med en teoretisk fase og afsluttes med en praktisk klinisk fase bliver implementeret i DK ca 1910<sup>66</sup>, og har været det bærende princip for Århus Universitet indtil i dag, hvor en revision af den prægraduate uddannelse er under udarbejdelse. Den postgraduate uddannelse baseres i 1900-tallet på temporale forløb, fra reservelæge, til førstereservelæge til overlæge. Postgraduate læger er enten autodidakte eller lærer uformaliseret via relationer til 'mestre'. I 1970'rne suppleres med kursusstillinger, som udover det temporale aspekt også inkluderer et antal teoretiske kurser fastlagt af SST. I 1996 revideres den postgraduate uddannelse, fortsat primært som temporale forløb, men nu med målbeskrivelse, evaluering og krav om formaliseret vejledning<sup>1</sup>. I 1999 indføres en frivillig ekstern inspektorordning som i 2001 gøres obligatorisk<sup>17</sup>.

Læringsstrategien for den nye postgraduate uddannelse analyseres i det følgende. Hvordan den forholder sig til de seneste 2500 års opfattelse af lægegerning er en del af den afsluttende syntese.

## **12. Om Læring i Praksis, eller hvordan man lærer, medens man arbejder**

### **12.1 Indledning**

Af betænkning 1384<sup>1</sup> fremgår det, at læring er *livslang*. Den kliniske uddannelse på afdelingsniveau må baseres på et integreret hele af *syv roller* samt på *mesterlære*. Det anføres desuden, at den pædagogiske viden vedrørende klinisk uddannelse af læger er ufuldstændig. Hvordan defineres mesterlære? Ifølge Lademanns leksikon<sup>67</sup>: 'Faglig uddannelse hos en håndværker, der driver selvstændig virksomhed. Under mesterlæren er den enkelte mester ansvarlig for lærlingens uddannelse'. Til denne definition kan der for lægegerning indvendes to forhold: a) læring foregår i offentlige institutioner; b) arbejdets karakter med skiftende dag/nat arbejde, afspadsring og friuger vanskeliggør en mester/lærlinge relation, da to læger sjældent er til stede samtidigt.

Speciallægekommisionen har følgende opfattelse af mesterlæreprincippet<sup>1</sup>: at den uddannelsessøgende og den uddannelsesgivende læge udøver klinisk virksomhed sammen. Den uddannelsesgivende læge er ikke blot lærer, men rollemodel for læring af adfærd, holdninger og værdier. Dette opnås ved, at den uddannelsessøgende har 'krydspunkter' med uddannelsesgivende læger (kommentar: bemærk at terminologien skifter til flertalsform), så arbejdsopgaver kan udføres under supervision. Der er foreslået personlig vejleder til alle uddannelsessøgende, men om denne er identisk med 'mester' og/eller supervisor fremgår ikke. I målbeskrivelsen for hoveduddannelse i hæmatologi<sup>20</sup> findes følgende definition: 'Mesterlære bygger på praksisfællesskab, dvs. at mindre erfarne arbejder sammen med mere erfarne og lærer gennem iagttagelse, refleksion og diskussion. Der er således ikke blot tale om den mindre erfarnes imitation af en mere erfaren. Er ikke nødvendigvis planlagt, men ofte relateret til en konkret situation'.

Den postgraduate videreuddannelse er hovedsageligt situeret, baseret på syv roller og den er livslang. Læringsteoretisk er det de syv roller, den situerede og den livslange læring, man som uddannelsesgivende afdeling må forholde sig til.

### **12.2 Om situeret læring**

De faktorer, der skal tilgodeses, når læring foregår konkomittant med betalt arbejde, er a) arbejdspladsens opgaver, artefakter, miljø, kultur, magtstrukturer og faggrupper b) de

ansatte, der med livslang læring som præmis, alle er lærende, men på forskellige niveauer.

Situeret læring eller læring i praksisfællesskaber tager ofte afsæt i Lave og Wengers sociokulturelle analyse af læring<sup>68, 69</sup>, som noget forenklet siger, at deltagelse i en given praksis skaber læring, hvad enten det er intenderet eller ej, og hvad enten det enkelte individ ved det eller ej. Læring kan altså være såvel intenderet som accidentel, eksplicit som 'tacit'. Det er en sociologisk analyse, som ikke forholder sig til, hvordan et praksisfællesskab aktivt kan konstituere en lærende kultur<sup>68</sup> (eller iværksætte pædagogiske metoder). Teorien forholder sig ikke til hvorledes og om, der er individuelle forskelle i den tavse viden praksisfællesskabet skaber<sup>70</sup>. Det tager praksisfællesskabet for givet, også selvom Lave/Wenger anfører, at dette konstant forvandles gennem gensidig forhandling af mening. Teorien diskuterer ikke potentielle barrierer mod læring, og med den præmis, at et individ bevæger sig fra nyankommen til fuldgyldigt medlem i fællesskabet forholder den sig ikke til det evt. transiente ophold en nyankommen kan have, begge dele faktorer, der kan påvirke engagement, motivation og den aktive participation, som teorien forudsætter.

Postgraduate læger har kortere eller længerevarende ansættelser fra 6 mdr. for kliniske basislæger, 12 mdr. for introduktionslæger, 6 mdr. - 3 år for hoveduddannelsessøgende, og i princip livslangt for speciallæger, så vilkårene for at blive fuldgyldige medlemmer både i det praksisfællesskab som lægegruppen *per se* udgør og som fuldgyldige medlemmer af det fællesskab en afdeling med alle dets faggrupper udgør, er variable.

Den postgraduate uddannelse kræver, at man opnår et specificeret antal minimumskompetencer i form af viden, færdigheder og holdninger, men Lave/Wengers analyse prædikerer, at der læres andet end det planlagte curriculum. Teorier om, hvordan viden tilegnes (det kognitive), hvilke typer af viden, der potentielt og latent er tilgængelig og betydningen af interaktioner eller de relationelle aspekter for transfer af viden i praksisfællesskaber er essentielle for at forstå, hvilke ressourcer der er til rådighed for læring. Eraut har foruden via empiriske undersøgelser, inkl. i sundhedssektoren, også i sin bog, en række artikler og ledere belyst læringsteoretiske aspekter.

Eraut opererer generelt med fire overordnede typer af viden<sup>25, 28, 71</sup>, den kodificerede, den kulturelle, den personlige og team-viden.



- a) Den kodificerede (eller propositionelle) viden er den viden, som kan underlægges ekstern kontrol for sandhedsværdi og accept, og som får status ved at inkorporeres i uddannelsesprogrammer og kurser. Det vil sige, det er eksplicit viden. Den inkluderer indøvet adfærd, men ikke praktiske færdigheder eller know-how. Konteksten for tilegnelse af kodificeret viden har betydning for dens anvendelse, så transfer af viden fra en kontekst til en anden kræver yderligere læring<sup>n</sup>.
- b) Kulturel viden *kan* være kodificeret/reificeret<sup>71,72</sup>, men en stor proportion af kulturel viden er viden, der tages for givet, som tilegnes bl.a. ved socialisering og ved deltagelse i praksisfællesskaber. Den indebærer mere end blot implicit læring. Min tolkning af Erauts ikke-kodificerede kulturelle videnskategori er, at den indeholder såvel Bourdieus habitusbegreb samt evt. yderligere adoption og adaptation af et praksisfællesskabs specifikke kultur. Den ikke kodificerede del af denne viden er altså 'tacit' (tavs og indlejret viden).
- c) Personlig viden<sup>25,28,71,72</sup> definerer Eraut som den kognitive ressource, som en person kan bringe i anvendelse i en given situation. Den inkluderer såvel personens version af propositionel viden, som færdigheder, viden om procedurer og processer, know-how, erfaring og hukommelse. Personlig viden kan være eksplicit eller tacit.
- d) Team-viden<sup>71</sup> er min oversættelse af Erauts noget uklare formulering af den viden, der overstiger summen af de enkelte individers viden, dvs. den synergisme, der kan opstå ved løsningen af visse fælles problemer. Eraut taler om distribueret kognition, men også om viden som et kollektivt socialt fænomen, som ikke er individbundet. Sidstnævnte skulle kunne forklare, hvordan handlinger fortsætter selvom enkeltindivider udskiftes i et praksisfællesskab.

Når viden skal formidles mellem personer må man altså i henhold til ovenstående forholde sig til, at den umiddelbare personlige viden, der er til rådighed, er propositionel, men en betydelig del af ens personlige viden er 'tacit'. Det aktualiserer en anden problemstilling vedrørende differencer i spektret mellem novicer og eksperter, et emne, der ifølge Eraut er omdiskuteret og ikke fuldt forstået. Brødrene Dreyfus<sup>73</sup> har, uden at præcisere overgangene, beskrevet fem stadier for faglig udvikling: novice, avanceret begynder, kompetent, kyndig ('proficient') og ekspert. Sidstnævnte karakteriseret af en

---

<sup>n</sup> Det forklarer det såkaldte praksisshock, når medicinstuderende forlader universitetet for at arbejde som læger. Den viden man har tilegnet sig på Universitet kræver yderligere læring for at komme i anvendelse i den nye kontekst.

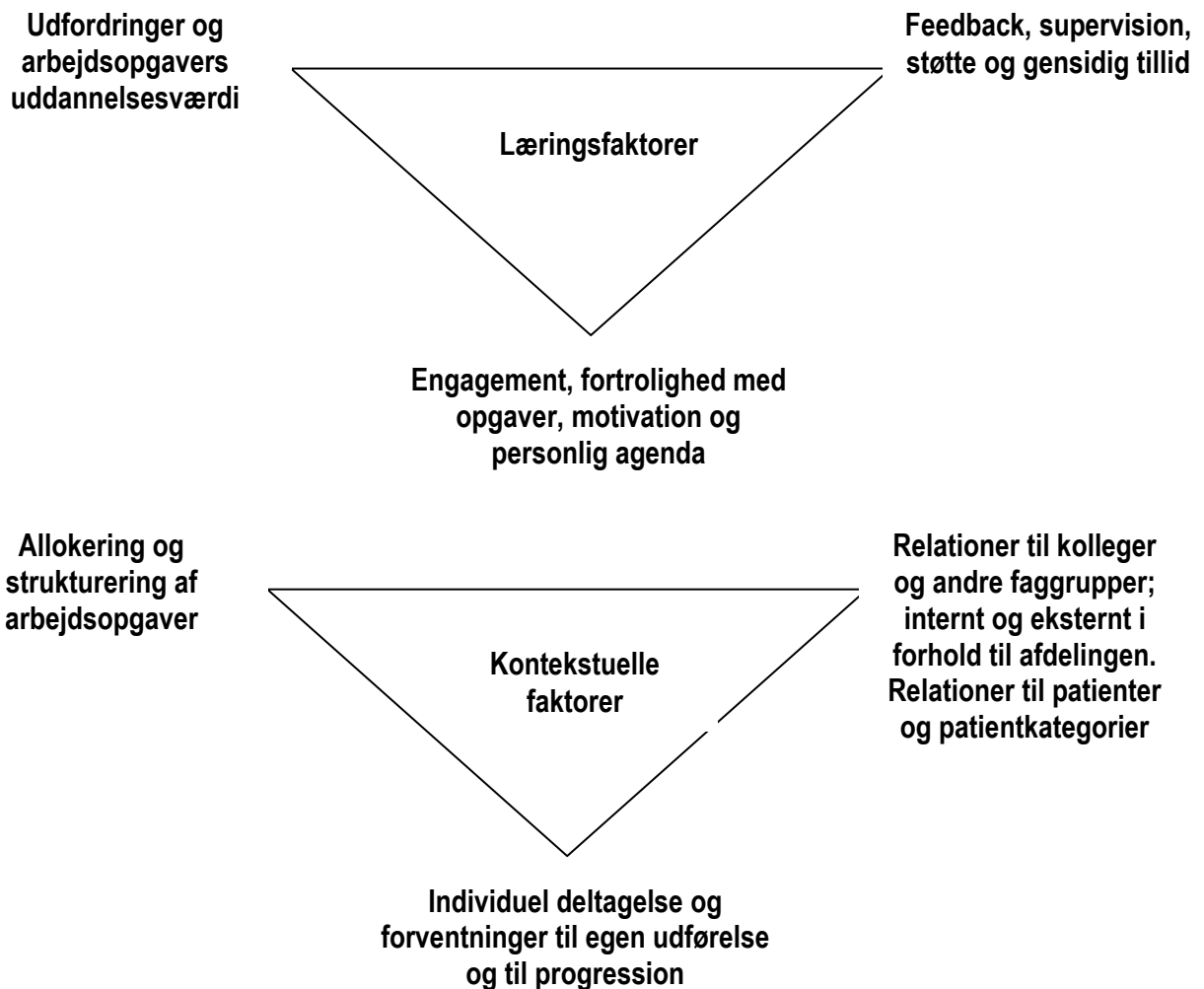
intuitiv situationsforståelse og en sans for det mulige, samt af at analytisk tilgang til problemer kun anvendes ved uventede problemstillinger eller for at retfærdiggøre konklusioner. Eksperten er altså karakteriseret af stor portion 'tacit' viden. Eraut anser styrken i modellen for at den i de fem trin tilgodeser udviklingen af situationsforståelse, rutinerede handlinger og beslutningstagen<sup>25, 28</sup>, men<sup>74</sup> kritiserer denne opfattelse af ekspertise, idet modellen ikke forholder sig til, at eksperter til stadighed skal tilegne sig ny kompleks viden og færdigheder, samt kritisk kunne vurdere implikationerne for gældende praksis. Min konklusion: det postmoderne samfunds krav til omstilling forudsætter at ekspertise ikke er statisk, men dynamisk. Schön<sup>25</sup> (s.142-149) har på basis af en kritik af den teknisk-rationalistiske tankegang, dvs. at teori skulle være styrende for praksisudøvelse, hævdet, at det karakteristiske for den professionelle læge er to typer af reaktion på problematiske situationer: refleksion-i-handling og refleksion-på-handling. Den førstnævnte karakteriseret ved bevidstheden om, at man står overfor en ikke-rutinepræget opgave, at man sætter spørgsmålstegn ved præmissen for sædvanlige løsninger samt at man handler umiddelbart og eksperimentelt. Den anden kategori er den situation, hvor man efter en handling vurderer om alle aspekter er tilgodeset på en hensigtsmæssig måde. Der er altså temporale forskelle på de to kategorier. Eraut kritiserer Schön for specielt den første kategori, som ignorerer tidsmæssige forskelle, der kan være mellem forskellige typer af refleksion-i-handling. Et momentant beslutningselement repræsenterer frem for refleksion snarere en metakognitiv proces som trækker på 'tacit' viden, medens en mindre akut situation formentlig vil medføre mere tid til refleksion, stillingtagen til forskellige løsningsmodeller, evt. samråd med kolleger og en velovervejet beslutningstagen.

Både Dreyfus og Schön har 'tacit' viden som en del af den erfarnes repertoire. Set fra et læringsmæssigt synspunkt er problemet, om 'tacit' viden inkluderende såvel hukommelse, teoretisk viden, praktiske færdigheder, processer og know-how kan transformeres til propositionel viden og/eller hvordan transfer af tacit viden kan faciliteres. Et område, som ifølge Eraut er forskningsmæssigt undereksponeret<sup>28</sup>. Det synspunkt ignorerer Lave/Wengers samt Nielsen/Kvales<sup>75,76, 77</sup> bidrag og pointer om traditionel mesterlære, karakteriseret af, at årelangt samvær med en mester i daglig praksis i en ikke-ekspliciteret læringssituation, ultimativt fører lærlingen til selv at være mester. Eraut har dog den

pointe, at lærlingens fortolkning er en personlig viden, som kan være kreativ. Hvis det ikke var tilfældet, ville innovationer være sjældne.

Men udover at megen viden på arbejdspladser er 'tacit', er arbejdspladser også karakteriseret ved primært at have fokus på arbejdsopgaver, og læring er subsidiær til drift. Graden af, hvordan og hvor formaliseret læring kan tilrettelægges, vil afhænge af den variabilitet, der er i arbejdsopgaver. For en klinisk sygehusafdeling er der en række konstante faktorer, som varierer mellem faggrupperne (for lægerne f.eks stuegang og ambulatorier), men arbejdet er også i høj grad uforudsigeligt med pludseligt opståede akutte situationer, skiftende patienter med forudsete eller uforudsete problemer etc. Så

**Figur 3: Faktorer, der påvirker læring: den dobbelte triangelmodel (Efter M. Eraut, 2007, reference 70 )**

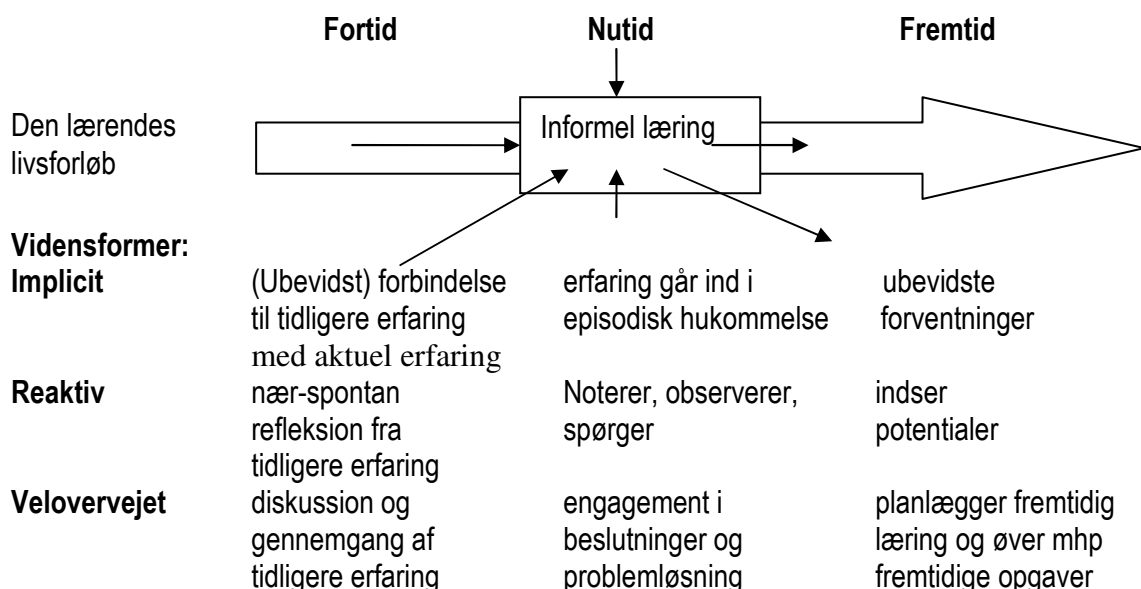


læring bliver opportunistisk (*carpe diem*) og situationsbestemt, i.e. læringen er primært informel. Mulighederne for at tilgodese læring konkomittant med (effektiv) drift vil afhænge af en række forhold som motivation, engagement, bemanding, samarbejds miljø, kultur og tid både hos den lærende og den uddannelsesgivende. Erauts<sup>78</sup> studier viser, at faktorer, der stimulerer informel læring er: a) deltagelse i fælles aktiviteter (f.eks konferencer, stuegange, udarbejdelse af guidelines) b) at arbejde ved siden af andre. Det er dog uklart, om det drejer sig om, at den lærende passivt observerer en mere erfaren arbejde eller om den lærende er aktiv og direkte involveret i arbejdet. c) at få tilpas udfordrende opgaver med tilpas støtte d) arbejde direkte med patienter.

Eraut har for læring på arbejdspladser opsummeret de ovenfor beskrevne faktorer, der influerer på læringen i en dobbelt triangelmodel. Den er her oversat til en sygehusafdeling (**fig. 3**, s 43).

Det fremgår ikke af figur 3, at informel læring ofte er implicit, fører til tacit viden samt at den diskurs, der føres om læring er domineret af propositionel viden, hvilket gør at lærende har svært ved at beskrive komplekse aspekter ved arbejdet eller fra andre erfaringer. Udover implicit læring opererer Eraut med yderligere to typer af læring, reaktiv

**Fig. 4. Erauts model for de individbundne faktorer, der influerer informel læring i nuet, som afhængig af situationens karakter kan generere tre potentielle vidensformer**



læring og velovervejnet (deliberativ) læring, og hver af disse kategorier indgår i en tidsdimension, som omhandler den lærendes fortid, nutid og fremtid. Den lærende er ikke en *tabula rasa*<sup>o</sup>, men har en fortid, der bidrager til aktuelle situationer, og de erfaringer, der gøres i nuet føres med i det videre livsforløb. Det kan afbildes som i figur 4.

Eraut opfatter ikke informel og formel læring som en dikotomi, men snarere som hver sin ende af en skala<sup>78</sup>. Som det fremgår af figur 3 og figur 4 forholder Eraut sig ikke til de potentielle magtstrukturer, som evt. påvirker læringssituationen<sup>79</sup>. Men modellen situerer læring og generation af forskellige typer af viden relationelt til kontekst, læringsfaktorer og individets tidligere ('tacit' og bevidste) erfaring. Dermed forholder den sig også til habitus og potentielle barrierer mod læring.

### **12.3 Om kvalitative forskelle mellem de syv roller - tilbage til Aristoteles.**

De syv roller er kvalitativt forskellige og implementeringen har ikke været uproblematisk, hvilket er undersøgt. DPU's første projekt<sup>16</sup> viser, at socialisering til lægegerningen medfører et videnssyn, som er identisk med det syn, som formidles af lægerne selv. Af DPU's anden delrapport<sup>17</sup> fremgår det, at en større andel af såvel uddannelsessøgende som vejledere ønsker en større vægt på den medicinske ekspertrolle efter reformen end før. Den anden rolle som vægtes højt er kommunikatorrollen, medens rollen som sundhedsfremmer, er den, der vægtes lavest. Dette bekræftes i studiet af Ringsted *et al*<sup>2</sup>. Initiativer til læringssituationer fra såvel uddannelsessøgende som vejledere retter sig primært mod den medicinske ekspertrolle, medens de øvrige roller ikke prioriteres læringsmæssigt<sup>16, 17</sup>. Af DPU's anden rapport fremgår det, at de uddannelsessøgende læger overordnet kender de formelle mål i uddannelsen, men de ved *ikke* eksakt, hvori målene består. Dette er uændret mellem første og anden rapport fra DPU. Hverken DPU's rapporter eller de to citerede artikler har undersøgt, hvordan de syv rollers indhold opfattes af uddannelsessøgende og speciallæger, selvom Dehn *et al* afleder, at rollen som medicinsk ekspert er *kernekompetencen*, medens de øvrige seks roller opfattes som subsidær til denne. Ingen af de ovenfor citerede kilder har forholdt sig til evt. differentierede læringsteoretiske tilgange til de syv roller. Med udgangspunkt i Speciallægekommisionens tabel (Tabel 1) vil jeg i det følgende analysere rollernes kvalitative forskelle og relatere rollerne til Aristoteles tre vidensformer. Ultimativt reflekterer analysen på valg af læringsteoretiske tilgange.

---

<sup>o</sup> Oprindeligt en slettet vokstavle, men i dansk nutidssprog: et blankt lærred

**12.3.1 Medicinsk ekspert:** Betegnelsen ekspert er semantisk både korrekt og misvisende. Oprindelsen fra det latinske *expertus*, at have erfaret, vil være forenelig med rollen, men det er en betydning som i nutiden er obsolet, hvor det at være ekspert sidestilles med at være i besiddelse af en særlig form for viden og dermed en særlig status<sup>80</sup>. Postgraduate læger besidder *qua* medicinstudiet en særlig form for viden og *qua* den Hippokratiske ed en særlig status, men konnotationen i daglig tale af en medicinsk ekspert er en læge, der er snævert subspecialiseret og som har høj status blandt sine kolleger indenfor feltet. Hertil kommer at målet for den postgraduate uddannelse ikke er ekspertise men kompetence. Personligt ville jeg have en præference for at rollen omdøbes til: *kliniker*.

Af tabel 1(s18) ses at rollen overordnet inddeles i tre punkter. Punkt to omhandler at opsøge og anvende relevant information, hvilket leder direkte over i nutidens mantra om evidensbaseret medicin (EBM). Parallelt med implementeringen af den nye postgraduate uddannelse er der opstået krav til alle afdelinger og specialer om nationale eller lokale guidelines baseret på evidens. Uden at gå alt for meget i detaljer er EBM et minebestrøet felt. Det funderer viden i forskningsresultater i et forsøg på at ophøje klinisk praksis til en rationel metode<sup>81</sup>. Et problem med EBM er, at klinisk praksis altid er et møde mellem en læge og et specifikt menneske med en lidelse<sup>P</sup>, det er kontekstafhængigt og mødet er åbent for fortolkninger. Den randomiserede behandling og specielt metaanalyser af randomiserede behandlinger er blevet ophøjet til 'den gyldne standard'<sup>82</sup>. De randomiserede studier er imidlertid baseret på inklusions- og eksklusionskriterier, ofte faktorer som alder, køn<sup>Q</sup>, konkurrerende lidelser m.v. Resultaterne er statistiske beregninger af forskellene typisk imellem to regimer. I mødet med den enkelte patient skal disse forhold tilgodeses, og bedømmelsen af, om en patient 'matcher' evidensen vil altid basere sig på et skøn, som samtidigt har som præmis, at den (skønnede)diagnostiske proces også har tilgodeset evidenskriterier. Hertil kommer, at der ikke er lavet studier på evidensen af klinisk praksis<sup>82</sup>, dvs. at der savnes undersøgelser om variabiliteten i skøn mellem læger. Typisk for randomiserede undersøgelser er, at de er 1. linjeterapier, hvilket betyder at såfremt en patient ikke reagerer som forventet, er der ikke megen evidens at

---

<sup>P</sup> Det danske sprog er ikke så nuanceret som det engelske, hvor der er forskel på 'illness' og 'disease', så jeg oversætter illness til lidelse (subjektiv oplevelse) for at differentiere det fra en specifik sygdom (lægens objektive diagnose).

<sup>Q</sup> Aktuel er kampagnen om kvinder med hjerteproblemer. Alle randomiserede undersøgelser om hjerteinfarkter i 1990'erne er udført på mænd, da EKG tolkning på baggrund af anatomiske forhold er notorisk svært hos kvinder.

hente på efterfølgende behandlinger. Disse faktorer har betydning for læring i fortolkningen af: opsøge og anvende relevant information. Det er altså ikke tilstrækkeligt at henvise uddannelsessøgende læger til en afdelings guidelines, men i interaktion med mere rutinerede læger skal det kliniske ræsonnement udvikles. Og da det er baseret på skøn, vil interaktion med skiftende læger formentlig give forskellige skøn i tilsyneladende parallelle situationer. En læringsmæssig udfordring for de uddannelsessøgende.

Punkt 1 refererer til mestring af diagnostiske og terapeutiske færdigheder, hvilket jeg tolker som Aristoteles *techne* med aktivitetsformen *poiesis*.

Punkt 3 omhandler *effektiv* lægegering med respekt for patient, uddannelse, forskning og lovgivning. Punkt 1 har udover det nævnte også *etisk* og *effektiv* varetagelse af patientbehandlingen. En afklaring af hvad, der menes med effektiv og etisk savnes. Den medicinske eksperterrolle synes at sammenblende politisk-økonomiske hensyn, det medicinsk naturvidenskabelige grundlag, klinisk praktisk lægegering og medinddrager professionsrollen. Det er muligt, at rollen med fordel kunne opdeles i videnskabsmand og kliniker. Førstnævnte ville i så fald svare til Aristoteles *episteme* og *theoria* (men overlapper med rollen som akademiker); sidstnævnte som anført til *techne* og *poiesis*. I målbeskrivelsen for KBU<sup>54</sup> kan man se et diagram, som forenklet illustrerer den kliniske beslutningsproces. Diagrammet har som præmis, at den viden, der er erhvervet under lægestudiet umiddelbart kan konverteres til praksis, men en af Erauts pointer er som tidligere nævnt, at viden genereret i en kontekst, kræver yderligere læring, inden den kan omsættes til en anden kontekst. Læringsmæssigt må det altså tilgodeses at den nyuddannede læge kan have problemer med at konvertere sin universitetsfunderede viden til praksis, det som benævnes 'praksischocket'.

En publikation af Zibrowski *et al*<sup>45</sup> viser at uddannelsessøgende læger i Canada ligestiller rollen som medicinsk ekspert med den naturvidenskabelige faktuelle viden, dvs. den rationalistiske tilgang til lægegering.

**12.3.2 Kommunikator og samarbejder:** De punkter som nævnes i tabel 1 for disse to roller er generelle udsagn. For samarbejder rollen kan det diskuteres om ikke rådgivning er en ledelsesrolle. Hvad angår kommunikation har Aspegren<sup>83</sup> undersøgt evidensen for erhvervelsen af kommunikative færdigheder for den prægraduate uddannelse, der savnedes data for den postgraduate. En af konklusionerne er, at kommunikativ læring og færdigheder kun erhverves ved erfaring, formel undervisning har ingen større effekt.

Definitionen af hvad, der er god kommunikation eller tilfredsstillende samarbejde, er åben. Det er også åbent, hvor en forhandling om eller tolkning af 'god', skal foregå. For KBU er målbeskrivelserne landsdækkende, så definitionen vil kræve konsensus på tværs af alle specialer. For hoveduddannelserne er målbeskrivelserne specialerelateret, og hvad der er 'godt' kunne defineres af specialet. Imidlertid er rollerne også tværgående, for patienter/pårørende og andre faggrupper kunne være medbestemmende for 'den gode kommunikation' respektive 'det gode samarbejde'. Eller det kunne være samfundets borgere som helhed, der skal definere hvad 'god' lægekommunikation er. Pointen er, at begge roller ikke kan objektiveres, men kan konstitueres i Aristoteles begreb om *fronesis* med aktivitetsformen *praxis*. Konklusionen fra Aspegren om den manglende effekt af undervisning, overenstemmer med Aristoteles udsagn om, at episteme er den eneste vidensform, der kan undervises i. Fronesis skal praktiseres.

Hvad angår kommunikation savnes en differentieret tilgang, idet læger kommunikerer på mange planer. De kommunikative færdigheder i relation til patienter er *alfa og omega* i betænkning 1384 og delvist i målbeskrivelser. Betydningen af kropssprog i relation til det verbale er ikke nævnt. Komplexiteten i sproglige færdigheder spænder fra patientkontakter, som kræver en differentieret tilgang afhængig af det menneske, der kommunikerer med, til det daglige lægevidenskabelige sprog, som anvendes på konferencer og i den kollegiale dialog, til det sprog, som anvendes i kontakten til andre faggrupper. Dette er ikke beskrevet i hverken betænkning 1384 eller i målbeskrivelser. Udover de verbale anvendelser af sproget, kommunikerer læger også skriftligt på flere planer, dels ved journalskrivning, ved udfærdigelse af lægeattester m.v. Hertil kommer den stringente skrivning af videnskabelige artikler, som overlapper med rollen som akademiker, skrivning af lærebøger, patientinformationer m.v. De alternerende kommunikationsformer er til stede indenfor samme arbejdsdag, og kræver såvel abstraktions- som omstillingsfærdigheder.

**12.3.3 Leder/administrator:** Af DPU's anden delrapport<sup>17</sup> fremgår det, at såvel uddannelsessøgende læger som vejledere ønsker denne rolle nedprioriteret. Årsagen er ikke undersøgt, men det fremføres, at dette muligvis er betinget af lægernes opfattelse af, at den stigende byrde de administrative opgaver udgør, truer 'kernekompetencen' i.e. den direkte kontakt til patienterne. Rollen som leder/administrator understøttes af tre kurser i introduktions- og hoveduddannelse, hvis indhold er mig ubekendt. Arbejdsdelingen af



ledelse og administration kan kun analyseres i henhold til de magtstrukturer, der konstituerer arbejdspladser, hvilket ligger udenfor dette masterspeciale. Potentielle teoretikere på området kunne være Foucault og Bourdieu, som begge har udviklet teorier om magt og specifikt analyseret det medicinske område. Betænkning 1384 og målbeskrivelser forholder sig ikke til det teoretiske grundlag for denne rolle, men tager opgaverne for givne. Så udmøntningen er konkretiseret i de traditionelle opgaver, som at lede en stuegang, kunne administrere sin tid etc. Når det gælder Aristoteles er det vanskeligt at kategorisere denne rolle, men den kan siges at være en del af håndværket, så *techne/poiesis* er mest nærliggende. Hvis spørgsmålet om magt er en del af vurderingen af rollen må den være genstand for gensidig forhandling både indenfor egen faggruppe og mellem faggrupperne som helhed. Det ville placere rollen som *fronesis/praxis*

**12.3.4 Sundhedsfremmer:** Denne rolle er som anført den, der vægtes lavest. Rollen er problematisk af flere årsager. For at kunne forholde sig til sundhedsfremme må sundhed defineres. Sundhed kan defineres som fravær af sygdom, altså en dikotomiseret opfattelse hvor sundhed afgrænses af et sygdomsbegreb<sup>84</sup>. Sundhed kan også defineres uden relation til sygdom som f.eks WHO's definition fra 1948: En tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende<sup>85</sup>.

Både sygdoms- og sundhedsopfattelse kræver en afklaring. Ifølge Juul Jensen<sup>85</sup> er der primært to ontologier i spil:

a) Den opfattelse, at sygdom som anført af Sydenham er en *essens*, noget evigt uforanderligt, som kan beskrives videnskabeligt og teoretisk, og sekundært forankres i praksis. Andre kulturere og tidligere tiders opfattelse af sygdom er i denne betydning kun primitive forløbere for nutidens rationalistiske videnskabeligt funderede syn. I denne forståelse bliver en inkomplet udviklet sundhedspraksis sekundær til den manglende indsigt, der endnu er på forståelsen af sygdommenes *essens* (f.eks om molekylærbiologiske mekanismer). Det kalder Juul Jensen erkendelsesteoretisk fundamentalisme.

b) Sygdom og sundhed er blot ord anvendt på en bestemt måde, så skal man forstå begreberne, må det sprog, vi taler i, analyseres for at give en fælles ramme og forståelse af, hvad der tales om. Der er her tale om et relativistisk (nominalistisk) perspektiv, hvor sygdoms- og sundhedsopfattelse og begreber er socialt, kulturelt og historisk indlejret.

Konsekvensen af det første perspektiv er, at sundhed og sygdom er definitive størrelser, som kan standardiseres og måles. De er objektive sider ved naturen, og ifølge Aristoteles kan de altså henføres til *episteme og theoria*. Læringsmæssigt med den konsekvens, at det kan der undervises i.

Konsekvensen af det andet perspektiv er, at sundhed (såvel som sygdom) er relativt og til diskussion, det medinddrager det enkelte individs, samfundets, kulturens og den professionelles synspunkt. Læringsmæssigt med den konsekvens i et Aristotelisk perspektiv, at det hører til *fronesis og praksis*. Der kan ikke undervises i sundhed, det skal praktiseres.

Betænkning 1384<sup>1</sup>, Tabel 1 har for sundhedsfremmer som mål at identificere faktorer for sundhed, arbejde for øget sundhed hos patienten og i lokalsamfundet samt opdage og agere på forhold, hvor rådgivning er påkrævet. I målbeskrivelsen for KBU <sup>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</sup> er der to delmål, at opdage forhold hos patienten, der influerer på prognose- og behandlingsmuligheder samt informere om forebyggelse af livsstilssygdomme. Fælles er, at perspektivet er den professionelles, at såvel sundhed som sygdom er givne størrelser, altså den ontologi som Juul Jensen kalder erkendelsesteoretisk fundamentalisme. Imidlertid er sundhed på dagsordenen i den offentlige debat (ikke refereret), hvor primært de faktorer individet selv kan ændre: rygning, alkohol, tobak, kost og motion dominerer diskursen. Dette er foreneligt med den opfattelse, at individer er autonome subjekter med selvbestemmelse over sit eget liv udenfor samfundet (og naturen)<sup>85</sup>. Debatten forholder sig ikke til, at det enkelte individ er historisk, socialt og kulturelt indlejret i og formet af sin samtid og sit samfund. Med den præmis bliver sundhed et fællesanliggende.

WHO's definition af sundhed kræver et fælles politisk engagement for at realiseres. Det er et mål, der ikke kan realiseres af den enkelte læge. Den enkelte læge må forholde sig til sundhedsdefinitioner, og i henhold til Aristoteles til det partikulære hos hver patient.

Sundhed kan være genstand for gensidig forhandling, altså *fronesis* perspektivet.

Den postgraduate lægelige videreuddannelse forholder sig ikke til ontologien for rollen som sundhedsfremmer, den tages for givet. Læringsmæssigt med den konsekvens, at rollen formidles som en essens.

**12.3.5 Akademiker:** Rollen som akademiker (Tabel 1) indeholder 4 momenter: a) Livslang læring, b) pædagogik c) kritisk tænkning og d) videns generator.

Ad a) om livslang læring: Ifølge Jarvis<sup>86</sup> er livslang læring som begreb blevet en del af den globale politiske agenda, fordi 'human kapital' er blevet en vare, der kan handles med. Mennesket er i Kantiansk perspektiv blevet et middel i stedet for målet med aktiviteter.

Implikationen på det nationale plan er, at desto bedre uddannet befolkningen er desto bedre står man sig i den internationale konkurrence. I EU er arbejdskraftens fri bevægelighed central, og som det blev beskrevet tidligere har EU's charters haft betydning for speciallægekommissionens arbejde med den nye danske postgraduate uddannelse. Betænkning 1384 pointerer, at den danske postgraduate uddannelse skal kunne måle sig med internationale standarder. Karakteristisk for livslang læring er, at det er individets eget ansvar at forfølge dette som mål, sekundært til og nødvendiggjort af de hastige ændringer i det post-moderne samfund.

Som nævnt under den Hippokratiske ed har livslang læring ('jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede') været en del af lægers praksis i 2500 år. Så inklusion af dette punkt i den postgraduate uddannelse kan synes unødigt, så længe den Hippokratiske ed er adgangsbilletten til lægegerning. I stedet kunne man måske tilslutte sig Aristoteles udsagn om *visdom*: grunden er, at sådan visdom beskæftiger sig ikke kun med de universelle faktorer, men med det partikulære, som kun bliver familiært gennem erfaring... for det er tidsfaktorens længde, der giver erfaring, derfor er unge mennesker... ikke læger (delvis frit oversat fra<sup>86</sup>).

Ad b) Om pædagogik, udtrykt som facilitere læring hos patienter, kolleger, studenter og andre. Der er ikke hverken i betænkning 1384 eller i målbeskrivelser beskrevet, hvilke pædagogiske principper de postgraduate læger skal lægge til grund for denne facilitering. KBU har et obligatorisk kursus om læring, som primært handler om egne strategier for læring. Introduktionsuddannelsen har et obligatorisk vejlederkursus, som primært omhandler de formalia, der skal overholdes i den postgraduate uddannelse. DPU's anden rapport kommenterer, at den manglende implementering af uddannelsen efter hensigten delvis er betinget af manglende pædagogiske redskaber, og foreslår at supervisorere samt uddannelsesansvarlige læger efteruddannes på området. Imidlertid er det min opfattelse, at kurser ikke *per se* løser problemet. Den pædagogiske tankegang får kun gennemslagskraft, hvis den bliver en del af kulturen, som 'tacit' viden, hvilket vil kræve organisatoriske ændringer i et langt sejt træk involverende ildsjæle lokalt og nationalt.

Hvad der konstituerer 'god' pædagogik må være genstand for forhandling, hvilket placerer denne del i Aristotelisk forstand i *fronesis/praxis*.

Ad c og d) Den postgraduate uddannelse har 20 dages forskningstræning i hoveduddannelsen. Den kritiske tankegang må derfor konstitueres i den kliniske træning, hvilket hører under den pædagogiske strategi, medens 'generation af ny viden' parallelt med uddannelse, kun bliver muligt, hvis forskning kan integreres med (en travl) hverdagspraksis. Ingen af målbeskrivelserne har *ny viden* som mål.

**12.3.6 Professionel:** Ordet profession kommer af latin: *professionare*: at offentligt gå i ed på. I den forstand er medicin fortsat en profession. Den Hippokratiske Ed er et løfte, en forpligtigelse og et dedikeret engagement til faget<sup>87</sup>. Ordet profession blev første gang anvendt om lægegerning i en receptsamling af Scribonius år 47, og det er en af de første skriftlige referencer til den Hippokratiske ed. Ordet profession kan i nutiden have en anden konnotation som en elitær eksklusiv disciplin, der er internt loyal mod sine medlemmer, er selvpromoverende, selvlegitimerende og selvprotektionistisk<sup>87</sup>. Så det at være professionel kan have to dimensioner, dels en moralsk/etisk dels en fagpolitisk. Betænkning 1384 og målbeskrivelserne for den postgraduate uddannelse beskriver den første dimension, men det kan ikke ekskluderes at speciallægekommisionen i sine overvejelser om den reviderede uddannelse har haft fagpolitiske argumenter. De er dog hovedsagligst implicite. Det eneste sted i redegørelsen, der har en fagpolitisk tilknytning er mindretalsudtalelserne om internmedicinens subspecialisering samt fordelingen eller elimineringsen af øvrige specialer afspejlende en fagpolitisk dissens.

Tabel 1's generelle udsagn om det at være professionel, er udmøntet i KBU<sup>54</sup> til: 'handle i henhold til love og etiske konventioner, demonstrere forståelse for etiske problemstillinger, kende egne begrænsninger'. Hoveduddannelsen i hæmatologi<sup>20</sup> udmønter samme paragraf i: 'høj kvalitet i patientbehandlingen med integritet, ærlighed, medfølelse, passende mellemmenneskelig adfærd og praktisere i overensstemmelse med lægeløftet'. Medens den førstnævnte beskrivelse er så generel, at der ikke kan udledes noget om medicinens filosofiske grundlag, er beskrivelsen fra hoveduddannelsen baseret på 'dyder'. Formuleringen sætter mødet mellem læge og det 'lidende' medmenneske i centrum. Dette er ifølge Pellegrino<sup>88</sup> lægegerningens '*locus ethicus*', den kerne, hvorfra medicinens moral og etik bør udspringe. Det er også den kerne, som ultimativt påvirker det politiske systems beslutninger om sundhedsvæsenets mål og midler. Den kerne, bygger

på 'dyder'<sup>87</sup>: at lægen er *tro* mod den *tillid* patienten viser ved at møde op. *Velvilje*, ønsket om at ville det gode og undgå skade. Intellectuel *ærlighed*, fordi faget er et magtfuldt instrument, hvor det gode og det skadelige balancerer på lægens evner til at håndtere situationen. *Mod*, da lægen potentielt udsætter sig selv for smitte og skader, og det kræver mod at være patientens advokat i et tiltagende kommercialiseret sundhedssystem. *Medfølelse* da evnen til at forstå implikationerne af sygdom og behandling er det, der moralsk retfærdiggør de skøn og de anbefalinger, lægen giver. *Sandfærdighed*, fordi patienten skal kunne træffe et informeret valg. Sidstnævnte kan potentielt være et konfliktområde, da patientens autonomi skal balanceres med lægens egen moral og etik<sup>89</sup>. Ifølge Pellegrino er lægers (og andre sundhedsprofessionelles) vilje til at ville det gode et fænomen, der går på tværs af historien, den forbinder fortid med nutid. Den går også på tværs af filosofierne i Østlig og Vestlig kultur, i Øst forbundet til bl.a. overleveringen fra Konfucius, i vest fra Aristoteles.

Synet på, hvad der er professionelt, har implikationer for læring, specielt på bedømmelsen af læring<sup>90</sup>. 'Dyderne' kan karakteriseres enten som personlige karakteristika eller som adfældsbestemte. Men de kommer til udtryk i en specifik kontekst, som defineres af det primære problem, en patient søger for. Bedømmelsen af professionalisme vil være afhængig af andre roller i konteksten, som f. eks. medicinsk ekspert. Den kan ikke bedømmes som isoleret fænomen. Hvad der opfattes som professionelt vil ligeledes være afhængig af den kultur og det samfund, man befinder sig i. Det at være professionel baserer sig således på en fælles forhandlet forståelse, hvorved professionalisme i Aristotelisk betydning er hjemmehørende under *fronesis*, og kan kun bedømmes i praksis.

### 13. Diskussion og syntese

Kant påpegede for 200 år siden, at den medicinske profession har en særlig viden, som det politiske system ikke har indsigt i, og det nuværende politiske system har overladt forslaget til den nye postgraduate uddannelse til den Nationale Speciallægekommission, som med Betænkning 1384 har formet grundlaget for den konkrete udmøntning i samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de enkelte specialeselskaber.

Speciallægekommissionen har indsigt i professionen, men en ubekendt faktor er, hvilke pædagogiske forudsætninger speciallægekommissionens medlemmer har haft. Det samme gælder Sundhedsstyrelsens medlemmer samt medlemmerne fra

specialeselskaberne. Da målet med arbejdet er en forbedret postgraduat uddannelse kræves indsigt i såvel lægegerning som i pædagogik. Betænkning 1384 mangler en diskussion *pro et contra* pædagogiske principper, herunder styrker og svagheder i forskellige kompetencemodeller. Der findes ingen data, der dokumenterer at en type curriculum er andre overlegent, resulterende i dygtigere læger, der bedre kan imødekomme befolkningens behov. En international, europæisk og national politisk agenda kombineret med stigende utilfredshed i befolkningen samt den medicinske professions selvopfattelse af en insufficiant postgraduat uddannelse har konstitueret vilkårene for etableringen af den danske kompetencebaserede model. Begrundelsen for og valget af den canadiske 7 rolle model er uklar, men formentlig er den valgt af tre grunde, dels er modellen baseret på omfattende empiriske studier i såvel befolkning, blandt sundhedspersonale og indenfor professionen, dels er den velbeskrevet og sluttelig er det canadiske sundhedssystem ligesom det danske primært offentligt<sup>f</sup> finansieret. Den nyligt implementerede danske kompetencemodel sikrer en synlig postgraduat uddannelse med en ansvarsplacering, hvor implementeringen er uddelegeret til den enkelte uddannelsesgivende afdeling. Det betyder, at de offentlige myndigheder og de politisk ansvarlige har kontrol med uddannelsen, et ansvar der tidligere var placeret indenfor professionen selv. Den tidligere uddannelse var sammensat af ansættelser på mange skiftende afdelinger, uden et specificeret curriculum (indtil 1996), og niveauet for den enkelte læge var således i høj grad det moderne mantra: 'ansvar for egen læring'. Kvalifikationer til slutstillinger var baseret på de temporale forløb samt forskningserfaring. Derimod har pædagogisk interesse såvel præ- som postgraduat først været kvalificerende de seneste 5-10 år.

DPU's anden rapport<sup>17</sup> samt enkelte publikationer<sup>14, 18</sup> peger på de problemer, en top-down proces kan medføre. Reformen er først og fremmest blevet identificeret med en øget prioritering af kommunikative færdigheder, en nedprioritering af den medicinske ekspertrolle samt en ignorering af de øvrige roller, som enten tages for givne (samarbejder, akademiker, professionel), er uhåndterlige (sundhedsfremmer) eller har et bekymrende omfang (leder/administrator). Dette til trods for, at modellen tilsyneladende giver mening for de danske læger, i hvert fald for de 42 % respondenter i Ringsted *et al's* publikation<sup>2</sup>. Som artiklen påpeger, kan den lave besvarelsesprocent give et skævt billede

---

<sup>f</sup> Fremgår indirekte af den læste litteratur

af, hvordan lægerne *de facto* forholder sig til uddannelsen. Hvis data er valide er det epistemologiske grundlag for de canadiske syv roller konfirmeret, men studiet har ikke undersøgt, hvilke kvaliteter, danske læger mener, er centrale for professionen. Det kunne evt. have resulteret i etableringen af andre roller, f.eks. den medicinske filosof, pædagogen, klinikeren. Lillevang *et al*<sup>14</sup> peger på promoverende og inhiberende faktorer for implementeringen af uddannelsen, fremmende er positiv holdning til reformen, klare guidelines og seminarer, hæmmende er insufficient pædagogisk støtte, skiftende og inkonsistente udmeldinger fra myndighederne, udskiftning af rådgivere samt pressede tidsrammer. DPU's anden rapport understøtter disse udsagn samt påpeger, at de syv roller ikke kan adskilles i daglig klinisk praksis. DPU's anden rapport resulterer i revidering af målbeskrivelser med rollerne integrerede i specificerede mål, i stedet for mål specificeret i en rolle, revisionen implementeres løbende fra 2008 til i dag. I KBU er de syv roller dog fortsat adskilt. DPU foreslår desuden yderligere støtte i form af efteruddannelse af uddannelsesansvarlige læger og vejledere, en rekommandation som er kontrær til præmissen for rapporten, at lægerne som profession er indlejret i Bourdieu's habitusbegreb, en habitus som næppe ændres af et kursus. Så hvis reformen skal have gennemslagskraft kræver det en revision af hele professionens tankegang, intet mindre end en kulturrevolution, med mindre habitus i forvejen opererer med de syv roller. Kurser for enkeltpersoner vil næppe *per se* synliggøre de syv roller, det kræver både ledelsesmæssig opbakning, konsensus om rollerne som konstituerende for professionen samt en implementering i daglig praksis.

Den nuværende kompetencemodel er baseret på minimumsstandarder fra klinisk basisuddannelse til speciallæge. Uddannelsen er ligeledes tidsmæssigt komprimeret med få dispensationsmuligheder. Kompetencemodellen er primært bygget over konceptet med præstation som målbare resultater, dvs. på propositionel viden og praktiske færdigheder som en behavioristisk tilgang. Såvel Jarvis<sup>86</sup> som Eraut<sup>91</sup> advarer om, at uddannelse bygget på kompetence, ikke mindst som minimumsstandarder og den træningsbaserede model, kan underminere en professions samlede standard, idet koncentrationen på mindste fællesmængde ikke tilgodeser de læringspotentialer det enkelte individ har eller kan have indenfor specificerede delområder, ligesom der er en risiko for at det enkelte individ ikke udnytter sit fulde potentiale. Grant<sup>30</sup> i UK deler denne bekymring konkret for den medicinske postgraduate uddannelse. Den generiske model og den kognitive model

indebærer imidlertid andre problemer, den generiske har individet som færdigt formet til et givet job, hvorfor den ikke forholder sig til læring, den kognitive model tager ikke højde for læring som en social praksis, men påpeger det vigtige forhold, at der er et gap mellem kompetence og præstation. Den eneste model, som integrerer aspekter fra den kognitive, den generiske (forskellige intelligenser) og den læringsbaserede model er DOM.

Der er i Danmark en stigende speciallægemangel, og den implementerede afkortede uddannelse sikrer at udbud og efterspørgsel udlignes hurtigere end med det tidligere system. Der er imidlertid nogle faktorer, der ikke er taget i betragtning

- a) Risikoen for at de nye speciallæger er speciallæger af navn men ikke af gavn, ihukommende Aristoteles ord om, at kun erfaringen og tiden medfører visdom (eller praktisk klogskab), dvs. at nok fører alle veje til Rom, men der er ingen genveje.
- b) Den ringe dispensationsmulighed i den postgraduate uddannelse medfører, at kvalificering til universitetssygehusene kræver yderligere 4 år til et ph.d. forløb efter afsluttet hoveduddannelse. Herudover kræves tid til sub-specialisering.
- c) Det samme gælder på regionalt niveau den dag, der er overskud af speciallæger, idet forskningsmeritering vil være den eneste diskriminator mellem læger, der har gennemgået samme uddannelse.
- d) For internmedicin kan bekymringen i mindretalsudtalelserne i Betænkning 1384 om den manglende bredde i den postgraduate internmedicinske uddannelse deles, idet patienter præsenterende sig med identiske symptombilleder i princip kan fejle noget i hvert af subspecialerne. Dette problem vil primært ramme regionssygehusene, som ikke har alle subspecialer repræsenterede. Det rammer også universitetssygehusene, som ofte overtager sjældne eller problematiske situationer, hvor den differentialdiagnostiske tankegang er essentiel.
- e) I horisonten lurer yderligere bekymringer, idet det politiske system nu taler om at afskaffe de to speciallægeniveauer som afdelingslæge og overlæge, for i fremtiden kun at have speciallæger (ikke refereret). Den model vil gøre det vanskeligt at differentiere mellem den erfarne, den kyndige og eksperten. Den nuværende model, hvor afdelingslæger må arbejde proaktivt i 2-5 år for at profilere og kvalificere sig til overlægestillinger risikerer at udhules, hvis der kun er et speciallægeniveau.

Med risikoen for at minimumsstandarder medfører forringede speciallægestandarder er det vanskeligt at forestille sig en stigende tillid i befolkningen til lægernes mestring af deres



helbredsproblemer. Hvis den professionelle standard skal ikke blot bibeholdes men højnes, må den medicinske profession forholde sig proaktivt til den politiske pression og aktivt internt og eksternt medvirke til optimale uddannelsesvilkår. I medierne (ikke refereret) fremstilles den danske lægestands ekspertise i det offentlige sundhedssystem af sundhedsministre, andre politikere, formanden for kræftens bekæmpelse m.fl. som værende under det niveau, der er i lande, vi normalt sammenligner os med. Stigende ekspertise efterlyses. Imidlertid uddannes der med den nuværende reform ikke til ekspertise men til kompetence. Uddannelsen og det politiske system sidestiller det at være speciallæge med det at være ekspert, men forskellene mellem kompetence og ekspertise belyses ikke. Der savnes en strategi for, hvorledes den minimumskompetente speciallæge bliver kyndig og/eller ekspert. Hvis visionen i betænkning 1384 om høj kvalitet for lægernes professionelle standard skal realiseres, er minimumsstandarder næppe sufficient.

Praktisk er der så det problem, at kompetencebaserede modeller ikke kan opbygges på maksimumkrav, da det ville få den konsekvens, at ikke alle læger ville kunne opfylde målbeskrivelserne, og håndteringen af den situation efter 6,5 års studier plus et antal år i faget ville være uløseligt. Danmark har ikke som USA, UK og Canada speciallægeeksaminer eller akkreditering af uddannelsesgivende afdelinger, så den eneste garant for kvaliteten af afdelingernes uddannelse er inspektorbetragtning hvert 4. år. De uddannelsessøgende bedømmes derimod af vejledere. Ansvar for at målopfyldelse er tilgodeset er allokert til den uddannelsesansvarlige overlæge. Den livslange læring, der skal efterfølge den postgraduate uddannelse er indtil videre uændret på eget ansvar.

Med de givne rammer med en minimumskompetencemodel må man forholde sig til læringsstrategier, hvor de kvalitative forskelle mellem de syv roller tilgodeses. I det foregående er den Hippokratiske Ed fremhævet som et 2500 år gammelt krav til den medicinske profession om livslang læring, det er altså et professionsinternt ekspliciteret krav, en del af den professionelle identitet, der ikke er betinget af de globale politiske strømninger, hvor mennesket i modstrid med Kants filosofi er blevet et middel mod et mål. Livslang læring er en forpligtigelse i forhold til den enkelte patient, ikke i forhold til det politiske system.

De kvalitative forskelle mellem de syv roller har jeg skitseret i relation til Aristoteles tre kundskabsformer. Rollen som medicinsk ekspert er delt i to halvdele. En del, der kunne

kaldes den kognitive del, hvor det, der er den evidensbaserede viden om mennesket og sygdommene er henregnet til *episteme/theoria*, selvom megen evidens er baseret på statistiske sandsynligheder snarere end evigtgyldige sandheder. Den anden del omhandler håndværket, den praktiske gerning, det at kunne vurdere det enkelte menneske i dets sociokulturelle kontekst, samt kunne anvende de praktiske færdigheder, der hører til vurderingen, hvad enten det drejer sig om en objektiv undersøgelse, kirurgi eller medicinsk behandling. Vurderingen vil altid basere sig på et professionelt skøn, udførelsen på hånddelag. Det svarer til den Aristoteliske *techne/poiesis*. Rollen som leder/administrator er, når magtforhold ignoreres, en træning i praksis henhørende til *techne/poiesis*. Rollerne som samarbejder/kommunikator kan kun tilhøre *fronesis/praxis*. Akademikerrollen har et kognitivt aspekt men også pædagogik er placeret under denne rolle. Så her gælder det samme som for medicinsk ekspert, at en del tilhører *episteme/theoria*, en anden del *fronesis/praxis* (men det at være en dygtig lærer tilhører *techne*!). Sundhedsfremmerrollen er problematisk, hvilket er diskuteret under rollen, men den bør være genstand for en gensidig forhandling udenfor den medicinske praksis, hvilket konstituerer den i *fronesis/praxis*. Rollen som professionel er ligeledes *fronesis/praxis*, da professionsopfattelse må være genstand for gensidig forhandling.

I inddelingen af de syv roller i henhold til Aristoteles tre vidensformer må refereres en dissens<sup>92</sup> i forhold til min analyse. Davis argumenterer for, at alle aspekter af lægegerning kan henføres til *fronesis* som et praktisk ræsonnement, der diskuterer lægens rationale for det, der vides og gøres i det konkrete møde med patienten, men Davis antyder dog at aspekter også kan henføres til såvel *techne* som *episteme*. Veatch<sup>93</sup> argumenterer mod Pellegrinos synspunkt, at der findes en moral internt i den medicinske profession, derimod tyder historiske og antropologiske studier på, at der findes en almenmenneskelig moral, som kommer til udtryk inden for medicinen.

Med Aristoteles kundskabsformer fordelt på de syv roller, kan læringsbetingelser diskuteres. Hvad angår det jeg i det foregående har kaldt de kognitive sider, eller *episteme/theoria*, er det den vidensform, som ifølge Aristoteles er karakteriseret af, at være den eneste, hvori der kan undervises. Den vil også kunne studeres på basis af skriftlige kilder. Den viden vil dog kun indlejre sig som dybe strukturer, hvis den konsolideres i en konkret praksis. Viden, der ikke anvendes, risikerer at blive glemt. Men i henhold til ovenstående inddeling af de syv roller, er det kun medicinsk ekspert og

akademiker, som har dette moment. Den anden del af den medicinske ekspert, leder/administrator må derimod forankres i praksis, da *techné* læres gennem praksis, og håndteringen af stigende komplekse situationer øger med erfaring. Rollerne som sundhedsfremmer, professionel, kommunikator og samarbejder samt den pædagogiske del af akademikerrollen læres ligeledes i praksis, men under *fronesis*, i selve håndteringen ligger bedømmelsen. Hvad der skal bedømmes må bero på kollektivt konsensus i den givne organisation baseret på en forhandling om værdier eller 'dyder'.

Erauts dobbelte triangelmodel for informel læring er skitseret som en mulig model, der tilgodeser individuelle læringsfaktorer og kontekstuelle faktorer, og dermed kan bidrage til implementeringen af de syv roller fordelt på Aristoteles tre kundskabsformer i daglig praksis. Modellen tager dog ikke højde for professionel identitet, og af den grund fremstår Illeris model som mere komplet (se fig. 5). Illeris model har yderligere den fordel, at det lærende individ er centralt placeret i den ene trekant, medens Erauts model har det lærende individ perifert placeret i hver triangel. Såvel Erauts som Illeris modeller kan

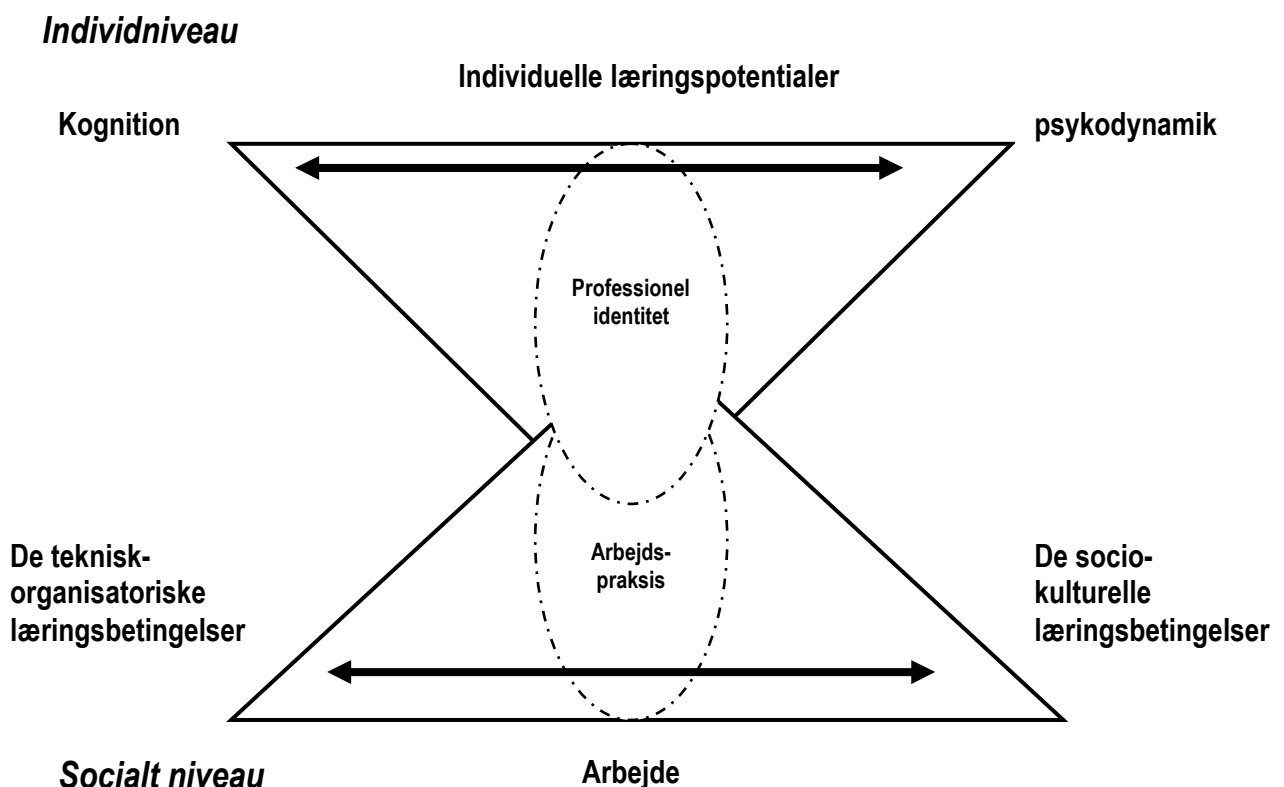


Fig.5: Illeris model for læring i arbejdslivet. Gendannet fra ref.78, som refererer til Illeris: Learning in working life(2004) s. 67

selvom de er udviklet for informel læring, også anvendes for formel læring, idet formaliseret undervisning er en egen særlig praksis, hvor samspillet mellem individ og kontekst blot har andre karakteristika end daglig drift.

Masterspecialet inkluderer ikke evaluering, men det er skitseret at megen viden er tacit, hvilket ten Cate<sup>49,50</sup> fremhæver som et element, hvorpå den mere erfarne læge bedømmer den mindre erfarne. Uden at kunne redegøre for baggrunden, ved den erfarne, hvem man kan have tillid til og hvem, der skal støttes. Så det er ikke kun patienter, der viser en implicit tillid ved at møde op hos lægen, den erfarne læge anvender tillid i bedømmelsen af yngre kolleger. Dette mindsker den formidable byrde det er at evaluere alle momenterne i målbeskrivelserne.

Specialets hypoteser, at den nye postgraduate uddannelse konstituerer et begyndende paradigmeskifte i professionens selvopfattelse, anser jeg for holdbar, idet den tidligere uddannelse implicit ligestillede professionen med det rationalistisk positivistiske syn initieret af Descartes syn på metode; hvor viden udvikles fra teori, og teori er genererende og konstituerende for praksis. En opfattelse, der dog fortsat flourer i diskussionen om evidensbaseret praksis. Den nye postgraduate uddannelse opfatter lægegeringen som kompleks, baseret på syv roller. Dog tilgodeses etik og moral samt pædagogik ikke i det omfang, der kunne være ønskeligt. Første version af målbeskrivelser i 2004 var baseret på præstation og mål i.e. udelukkende som propositionel viden og praktiske færdigheder, og dermed primært en behavioristisk tilgang til lægegering dvs. et monomorft syn på de store kvalitative forskelle, der er mellem de syv roller. Med revisionen af målbeskrivelser fra 2008 og frem er billedet mere nuanceret. Rollerne opfattes nu som integrerede aspekter i professionen, og med differentierede udformninger af målbeskrivelser, hvor den Kliniske Basislæge primært lærer at være læge (lærer at gøre de rigtige ting), fulgt af en introduktionsuddannelse og hoveduddannelse, hvor uddannelsessøgende læger lærer at gøre tingene korrekt nærmer den danske kompetencemodel sig den beskrevne Dundee model. Baseret på minimumskompetencer er det dog et åbent spørgsmål, hvor mange af de uddannelsessøgende læger, der efter afsluttet hoveduddannelse matcher profilerne for slutstillinger som speciallæger (den yderste cirkel). DOM forholder sig ikke til forskelle mellem kyndig udøvelse og ekspertise, muligvis fordi modellen primært er udviklet til den prægraduate uddannelse. Med tiltagende specialisering må de fleste speciallæger

formodes at skulle udvikle områder indenfor det valgte lægelige speciale, hvor de skal være kyndige, andre områder, hvor ekspertise er en betingelse for det job, de varetager, dvs. differentierede kundskabsniveauer afhængig af den position, man har.

Præmisserne for de kvalitative forskelle mellem rollerne, medicinens ontologi eller medicinens filosofi savnes, hvorimod det epistemologiske grundlag er delvis belyst, via DPU's anden rapport og andre publikationer. Den anden hypotese, at et kompetencebegreb udmøntet i syv roller vil influere på det læringsteoretiske grundlag og medicinens filosofi er belyst via den kompleksitet og udfordring, som læring konkomittant med arbejde konstituerer. Der er endnu ingen teori, som samlet kan belyse en bevidst læringsstrategi for udviklingen fra klinisk basislæge til professionel medicinsk ekspert, blandt andet fordi meget af ekspertens 'know-how' ikke er propositionel viden. Illeris model for professionsidentitet, den konkrete arbejdsplads, kontekstuelle og individuelle faktorer samt Aristoteles tre kundskabsformer er et forslag til, hvordan de givne rammer for postgraduat lægelig videreuddannelse kan inkludere såvel læring som medicinsk filosofi. Hvis disse to tilgange kombineres vil det tilgodese de kvalitative forskelle mellem rollerne og ultimativt medføre en differentieret tilgang til den postgraduate uddannelse og potentielt en ændret uddannelseskultur for læger.

#### ***14. Konkrete perspektiver for hæmatologisk afdeling i Aalborg***

Hæmatologi som speciale og den specifikke kontekst for Hæmatologisk Afdeling, Aalborg er beskrevet i bilag 2.

Konklusionerne i diskussionsafsnittet har implikationer for læringsstrategierne for Hæmatologisk afdeling Aalborg. Det gælder Aristoteles tre kundskabsformer, Illeris og Erauts modeller for situeret læring (samt formel og informel læring), et integreret syn på kompetence som udtrykt i DOM samt mit eget ansvar som uddannelsesansvarlig overlæge i relation til de tre nævnte faktorer.

Et væsentligt perspektiv, som kan fremdrages af masterspecialet er, at med et Aristotelisk videnssyn for de syv roller, kan den postgraduate lægelige videreuddannelse ikke ændres solo af den uddannelsesansvarlige overlæge. Det kræver en fælles indsats fra alle læger og andre faggrupper i afdelingen. Såvel Illeris som Erauts modeller peger på de kontekstuelle faktorerers betydning for læringsmiljøet, hvilket ligeledes kun kan påvirkes gennem fælles og tværfaglige indsatser.

Aristoteles syn på kundskab specielt de roller, jeg har placeret under *fronesis* betyder, at Hæmatologisk afdeling bør diskutere, hvilke værdier, der skal lægges til grund for specialet i egen afdeling, og indenfor lægegruppen, hvad der er god postgraduat uddannelse. Det jeg som uddannelsesansvarlig overlæge kan bibringe til diskussionen er forslag om et videnssyn baseret på Aristoteles samt en læringsmodel *ad modum* Eraut og Illeris, herunder en læringsspiral *ad modum* DOM, samt en diskurs om ten Cate's model for EPA's og STARS. Sidstnævnte bør dog diskuteres for det hæmatologiske speciale på landsplan (f.eks. i uddannelsesudvalget under DHS, hvor jeg er medlem), idet det kræver identifikation af de kritiske momenter i specialet. Det betyder, at målbeskrivelsen skulle revideres (igen). Kun konsensus i specialet sikrer ensartet uddannelse på de forskellige uddannelsesgivende afdelinger.

Illeris og Erauts modeller supplerer hinanden, hvorfor figur 6 er mit forslag til en bevidst **læringsstrategi** for hæmatologisk afdeling. Hæmatologisk afdelings ansvar i forhold til læringsfaktorerne svarer til punkt B og C. Hvis sociokulturelle og teknisk-organisatoriske arbejdsbetingelser tilgodeser ikke blot drift men også uddannelse, vil det formentlig influere positivt på punkt A, som er den individuelle uddannelsessøgendes bidrag til læringsfaktorerne, herunder ansvar for egen læring. Modellen skitserer forskellen mellem kompetence og præstation som set af den kognitive kompetencemodel (s.23); et forhold, som skal tilgodeses ved valg af evaluerings-strategier.

De syv roller kan præliminært indarbejdes i modellen:

Medicinsk ekspert: bevæger sig primært mellem kognition, kompetence og præstation.

Aristotelisk mellem *episteme/theoria* og *techne/poiesis*.

Kommunikator og samarbejder: bevæger sig primært i det sociokulturelle samt det psykodynamiske felt, som en gensidig forhandling mellem alle ansatte om afdelingens værdier. Aristotelisk *fronesis/praxis*.

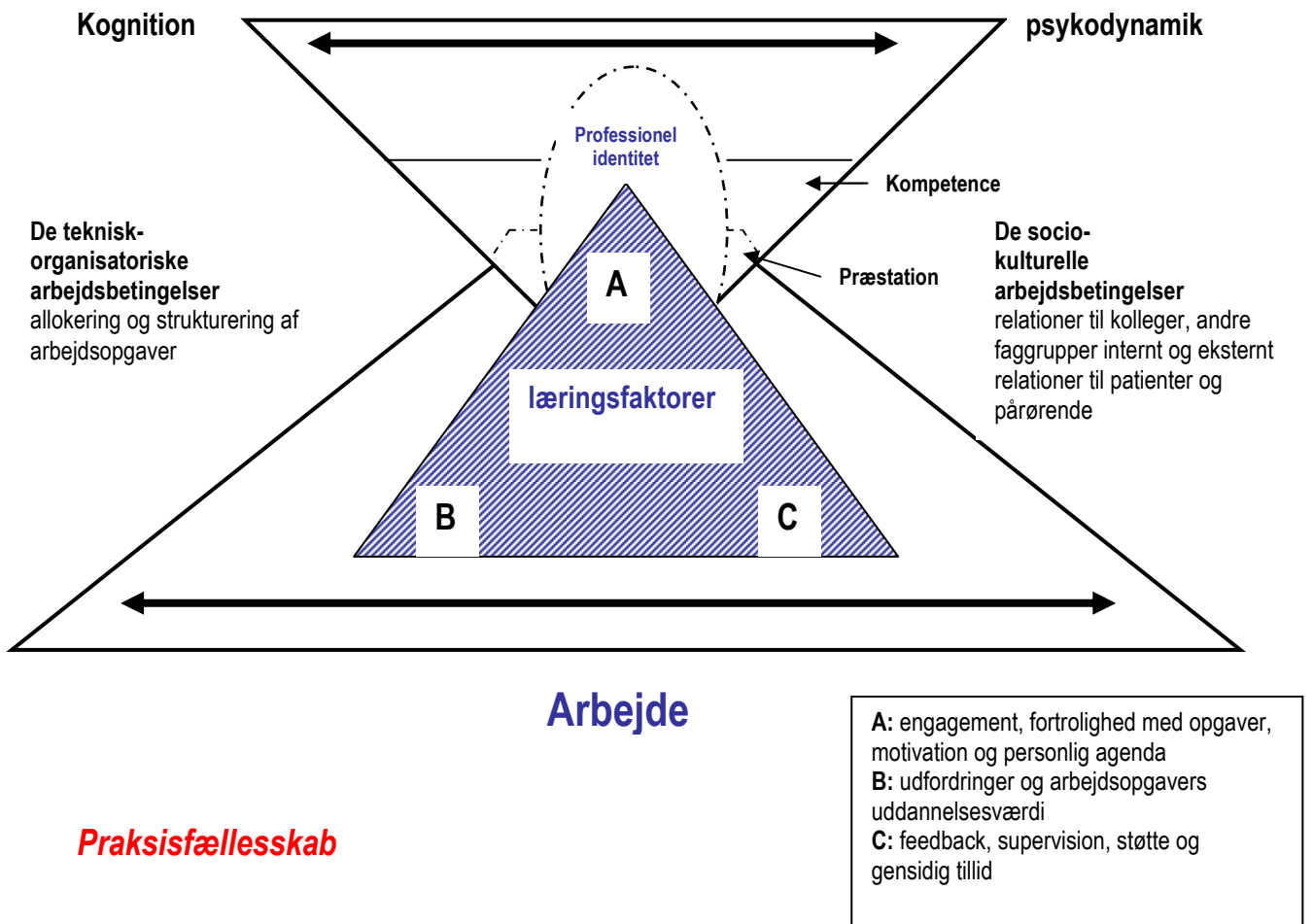
Leder/administrator: befinder sig under de teknisk-organisatoriske betingelser, hvis magtforholdene tages for givet, dvs. hvis arbejdsbetingelserne ikke er til forhandling. Aristotelisk *techne/poiesis*.

Professionel: bevæger sig mellem den professionelle identitet og de sociokulturelle betingelser, idet de værdier, den enkelte tillægger rollen som professionel bør være

**Individniveau**

**Individuelle læringspotentialer**

Deltagelse og forventninger til egen udførelse og progression



**Figur 6:** Forslag til model for læringsstrategi for den postgraduate uddannelse i Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Sygehus.

genstand for forhandling mellem den enkelte uddannelsessøgende læge, patienter, pårørende, øvrige faggrupper samt kolleger. Aristotelisk *fronesis/praxis*

Akademiker: bevæger sig primært mellem kognition og teknisk-organisatoriske betingelser. Samtidigt inkluderer den hele den skraverede trekant, idet pædagogik er allokateret i denne rolle. Aristotelisk er de akademiske færdigheder således både i områderne for *episteme/theoria* og *fronesis/praxis*.

Sundhedsfremmer: bevæger sig primært mellem de sociokulturelle betingelser for hæmatologisk afdelings praksisfællesskab og de sociokulturelle betingelser i andre praksisfællesskaber, idet rollen som anført vil variere med hvilke definitioner for sundhed, der anlægges for rollen. Aristotelisk *fronesis/praxis*.

Mit forslag til valg af **kompetencemodel** for Hæmatologisk afdeling er DOM. Med Dundee kompetencemodellen skal de kliniske basislæger, som altid er på hæmatologisk afdeling det første halvår (akutte kompetencer), først og fremmest skulle tilegne sig praktiske færdigheder og propositionel viden, hvilket svarer godt til den nuværende målbeskrivelse og til DOM's inderste cirkel. Et væsentligt element er det obligatoriske kursus i genoplivning indenfor de første 14 dage, som en betingelse for at måtte deltage i forvagt aften/nat. Aalborg Sygehus har ligesom andre sygehuse etableret et færdigheds-laboratorium, hvor kurset afvikles. Dette er et af de få tilfælde, hvor jeg mener et behavioristisk videnssyn er berettiget. Ved hjertestop eller andre hyperakutte tilstande, er der ikke tid til refleksion før bagefter, selvom løbende justering undervejs kræver, hvad Eraut betegner som nær-spontan refleksion. Introduktionslæger skal gradvist bevæge sig fra den indre cirkel til den mellemste, medens hoveduddannelsessøgende primært vil bevæge sig i den mellemste cirkel. Med en ambition om at overskride minimumskompetencerne de sidste 2 år af uddannelsen, ved en målrettet individuel profilering og kvalificering.

Med valget af en bevidst læringsstrategi og kompetencemodel bliver svagheder i Hæmatologisk Afdeling år 2009 synlig, hvilket skaber en ønskeliste:

a) Hvis basislæger kommer i hyperakutte situationer, bør der etableres debriefing af de uddannelsessøgende læger, da fagets dramatiske dimensioner kan være korreleret til emotionelle og affektive tilstande, en del af det Illeris kalder det psykodynamiske felt. Et område, der p.t. ignoreres i den daglige drift. For de mere rutinerede uddannelsessøgende læger, som skal lære at håndtere den alvorlige samtale inklusive samtaler med kritisk syge mennesker og deres pårørende, gælder det samme. Afdelingen savner backup for de emotionelt ladede situationer. Manglende håndtering af den side af gerningen vil potentielt kunne influere på andre personlige faktorer som motivation og engagement. For medicinstuderende er det vist, at distance og kynisme i relation til patienter er en tidlig potentiel risiko<sup>94</sup>. Målbeskrivelsen for hæmatologi, har åbenhed, integritet, medfølelse, medmenneskelig adfærd og de forhold, der er omfattet af den Hippokratiske Ed, hvilket er uforeneligt med en kynisk attitude. Om de øvrige faggrupper har ekspliciterede værdier for varetagelsen af hæmatologiske patienter og pårørende er uklart, men sygepleje er normalt associeret med ovenstående værdier.



b) Med et speciale domineret af kræftsygdomme er et personligt ønske for uddannelsessøgende læger i introduktions- og hoveduddannelse et større fokus på de kommunikative færdigheder, som bedst tilgodeses dels via en rollemodel dels via direkte supervision frem for indirekte. Et konkret 2 år gammelt ønske er videooptagelser for fælles diskussion mellem de uddannelsessøgende og en kommunikativ ekspert. For uddannelsessøgende læger, kunne det illuminere både det verbale sprog og kropssproget som det præsenterer sig hos læge, patient og pårørende. Yderligere tilgodeser det *fronesis* perspektivet ved at diskursen kunne skabe en fælles forståelse af det, der konstituerer 'god' kommunikation.

c) For akademikerrollen savnes en koordineret indsats mellem de kognitive elementer og techne, dvs. hvordan læring fra kurser, kongresser eller andre formaliserede teoretiske elementer omsættes til daglig praksis er et forsømt felt. Ny viden genereres eksponentielt indenfor det hæmatologiske område, ikke mindst molekylærbiologiske mekanismer og behandlinger. Hæmatologi nærmer sig behandlingsmæssigt den Hippokratiske tanke, at hvert tilfælde er partikulært og skal opfattes og behandles som sådan. Individuel designet terapi kan ses i horisonten. Hvis de kognitive aspekter skal tilgodeses, må der afsættes tid til gennemgange af litteratur, ligesom de uddannelsessøgende bør inddrages i udarbejdelsen af guidelines og instrukser (det sker i et vist omfang) for at træne den kritiske tankegang, ikke mindst omkring evidens. I den sammenhæng er det kritisabelt, at de tre måneders forskningstræning som var foreslået af speciallægekommissionen er reduceret til 20 dage. Afdelingens professor har en vision om at koordinere ph.d. forløb parallelt med hoveduddannelsen, men hvordan det koordineres med drift er uafklaret. Det kræver desuden dispensation fra Det Regionale Videreuddannelsesråd, da uddannelsen tidsmæssigt skal forlænges, og da ansættelsen i egen afdeling alternerer med ansættelser i andre afdelinger.

d) Eraut og Illeris modeller illustrerer begge behovet for at vurdere konteksten, herunder arbejdstilrettelæggelse. En tæt relation mellem uerfarne, erfarne, kyndige og eksperter kan tilgodeses ved at sikre supervision. Dette er delvist opfyldt de seneste to år, hvor ansvaret for lægernes arbejdstilrettelæggelse er placeret hos den uddannelsesansvarlige overlæge og driften er omlagt, så der altid er erfarne læger sammen med mindre erfarne på dagens forskellige opgaver. Det sikrer supervision, men det sikrer frem for alt at arbejdsopgaver med stigende kompleksitet kan allokeres svarende til den individuelle

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

uddannelsessøgende læges progressionskurve. I den henseende er Dundee kompetencemodel i en etableringsfase. Desuden sikres variation i arbejdsopgaverne, så uddannelsessøgende læger ikke kun arbejder med gerningens trivielle sider.

Alle læger, hvad enten de er i formaliseret uddannelse eller i uklassificerede stillinger har en personlig vejleder, som allokeres så vejleder tidsmæssig i sin uddannelse er så tæt på den uddannelsessøgende som muligt. Erauts studier konfirmerer Vygotsky's teori om zonen for nærmeste læring, at man lærer bedre af en, der lige har gennemgået det samme som en selv. Desuden bliver 'banale' spørgsmål mere legitime, og magtfaktorernes indflydelse reduceres.

e) Speciallægerne, inklusive undertegnede, er væsentlige som rollemodeller, men er uddannet under det positivistiske videnssyn, så en opgave som uddannelsesansvarlig overlæge og som en del af ledelsesgruppen er, at den skitserede læringsstrategi for uddannelsessøgende læger også omfatter speciallæger. Vi er livslangt lærende!

Implementeringen af den nuværende postgraduate uddannelse kræver et langt sejt træk, hvor kulturel omstilling bliver en forudsætning for at ændre det, der er taget for givet i plus 100 år, i.e. at lægegerningens praksis afledes af teori. Gerningen er kompleks og inkluderer metakompetencer, som er ufuldstændigt belyst. Herunder om og hvordan 'tacit' viden kan gøres propositionel. Det kræver empiriske studier fremover.

Specialet burde rettelig have heddet: I Hippokrates Fodspor - på Skuldrene af Aristoteles - for Fremtidens Speciallæger.

### Taksigelser

Tak til Debbie Roed, ligeledes masterstuderende, for e-mail korrespondance med Jason Frank

Tak til Merete Ipsen, øre/næse/halslæge og ph.d. studerende, for diskussioner angående potentielle emner for masterspecialet.

## Referencer:

- <sup>1</sup> Fremtidens Speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr 1384, Maj 2000. [www.sum.dk](http://www.sum.dk)
- <sup>2</sup> C. Ringsted, T. Lindskov Hansen, D. Davis, A. Scherpbier: Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada Medical education (2006) 40: 807
- <sup>3</sup> Postgraduate Medical Education - WFME global standards for quality improvement. [www.2.sund.ku.dk/wfme](http://www.2.sund.ku.dk/wfme)
- <sup>4</sup> C. Ringsted, K. M. Lyng, K. L. Faarvang: Fremtidens roller og kompetencer, hvor kom de fra. Ugeskr Læger (2001) 163(17): 2406
- <sup>5</sup> V. R. Neufeld, R. F. Maudsley, R. J. Pickering, J. M. Turnbull, W. W. Weston, M. G. Brown, and J. C. Simpson: Educating Future Physicians for Ontario. Academic Medicine (1998) 73 (11): 1133
- <sup>6</sup> R. F. Maudsley, D. R. Wilson, V. R. Neufeld, B. K. Hennen, M. R. De Villaer, J. Wakefield, J. MacFadyen, J. M. Turnbull, W. W. Weston, M. G. Brown, J. R. Frank, D. Richardson: Educating Future Physicians for Ontario: Phase II. Academic Medicine (2000) 75 (11): 113
- <sup>7</sup> J. Frank: The CanMEDS 2005 physicians' competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://rcpsc.medical.org>
- <sup>8</sup> Charter on Medical Specialist Training in the European Union, 1993, [www.uems.net](http://www.uems.net)
- <sup>9</sup> S. Brearley: Harmonisation of specialist training in Europe: is it a mirage. BMJ (1995) 311:297
- <sup>10</sup> Charter of Continuing Medical Education of Medical Specialists in the European Union, 1994, [www.uems.net](http://www.uems.net)
- <sup>11</sup> Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union, 1996, [www.uems.net](http://www.uems.net)
- <sup>12</sup> Basel Declaration on UEMS Policy on Continuing Professional Development, 2001, [www.uems.net](http://www.uems.net)
- <sup>13</sup> Budapest Declaration on Ensuring the Quality of Patient Care, 2006, [www.uems.net](http://www.uems.net)
- <sup>14</sup> G. Lillevang, L. Bugge, H. Beck, J. Joost-Rethans, C. Ringsted: Evaluation of a national process of reforming curricula in postgraduate medical education. Med Teacher (2009) 31: e260
- <sup>15</sup> Den nye Speciallægeuddannelse, 5. september 2002, [www.SST.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2002](http://www.SST.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2002)
- <sup>16</sup> B. Bach, M. Bayer, U. Brinkkjær, K. Larsen, I. Pallesen: Speciallægeuddannelse i Danmark - en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. Rapport fra Danmarks Pædagogiske Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2004
- <sup>17</sup> M. Bayer, K. Larsen, U. Brinkkjær, M. Høyen: Speciallægeuddannelse i Danmark - en empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen efter implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. Danmarks Pædagogisk Universitet, 2007. [www.dpu.dk/everest/.../speciallægeuddannelse](http://www.dpu.dk/everest/.../speciallægeuddannelse)
- <sup>18</sup> P. Dehn, C. H. Nielsen, K. Larsen, M. Bayer: Implementering af speciallægereformens syv roller. Ugeskr Læger (2009) 171/19: 1580
- <sup>19</sup> Målbeskrivelse for Hæmatologi, 2004. [www.sst.dk](http://www.sst.dk), uddannelse og autorisation/læger/ målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen/internmedicinske specialer/hæmatologi
- <sup>20</sup> Målbeskrivelse for Hæmatologi, 2009. [www.sst.dk](http://www.sst.dk) uddannelse og autorisation/læger/ målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen/internmedicinske specialer/hæmatologi
- <sup>21</sup> J. W. Jensen: Svar Ugeskr Læger (2007) 169 (21): 2046
- <sup>22</sup> M. Dall: Den nye Basisuddannelse, Ugeskr Læger (2008); 170 (15): 1211
- <sup>23</sup> N.K. Kjær, B. Eika, C. Hovendal; J. Greve: Udtalelse. Ugeskr Læger 2007; 169(24):2344
- <sup>24</sup> [www.specialeguiden.dk](http://www.specialeguiden.dk)
- <sup>25</sup> M. Eraut: Developing Professional Knowledge and Competence, 1994. Routledge-Falmer, Taylor & Francis Inc., 5. oplag, 2008
- <sup>26</sup> J. W. Jensen: Et jubilæum og et storværk. Ugeskr. Læger (2007) 35: 2841
- <sup>27</sup> R. Säljö: Læring i Praksis - et sociokulturelt perspektiv. Hans Reitzels Forlag, 2000
- <sup>28</sup> M. Eraut: Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. Br. J. of Educ Psycho (2000) 70: 113-136

- <sup>29</sup> C. Carraccio, S. Wolfsthal, R. Englander, K. Ferentz, C. Martin: Shifting Paradigms: from Flexner to Competencies. *Acad Med* (2002) 77 (5): 361
- <sup>30</sup> J. R. Grant: Changing postgraduate education: a commentary from the United Kingdom. *MJA* (2007) 186 (7): 9
- <sup>31</sup> B. D. Joyner: An historical review of graduate medical education and a protocol of accreditation council for graduate medical education compliance. *J. of Urology* (2004) 172: 34
- <sup>32</sup> G. Norman: Editorial - Outcomes, Objectives, and the Seductive Appeal of Simple Solutions. *Adv. Health Sci. Educ* (2006) 11: 217
- <sup>33</sup> W. C. Leung: Learning in Practice. Competency based medical training: review. *BMJ* (2002) 325: 693
- <sup>34</sup> [www.acgme.org](http://www.acgme.org)
- <sup>35</sup> S. R. Swing: The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher* (2007) 29: 648
- <sup>36</sup> M. A. Verkerk, M. J. de Bree, and M. J. E. Mourits: reflective professionalism: interpreting the CanMEDS 'professionalism'. *J. Med. Ethics* (2007) 33:663
- <sup>37</sup> L. Hutchinson: Challenges of training doctor in the new English NHS. *BMJ* (2006) 332: 1502
- <sup>38</sup> [www.pmetb.org.uk](http://www.pmetb.org.uk). Generic standards for Training, Domain 5, 6, 9
- <sup>39</sup> [www.pmetb.org.uk](http://www.pmetb.org.uk). Approved curricula systems/haematology/haematology curriculum
- <sup>40</sup> R. M. Harden, J. R. Crosby, M. H. Davis, M. Friedman: AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5 - From competency to meta-competency: a model for specification of learning outcomes. *Medical Teacher* (1999) 21(6): 546
- <sup>41</sup> R. M. Epstein, E. M. Hundert: Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* (2002) 287: 226
- <sup>42</sup> M. A. Albanese, G. Mejicano, P. Mullan, P. Kokotailo, and L. Gruppen: Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ* (2008) 42: 248
- <sup>43</sup> J. Grant: The Incapacitating Effects of Competence: A Critique. *Adv. Health Sci Educ* (1999) 4:271
- <sup>44</sup> G. Norman: Editorial - Outcomes, Objectives, and the Seductive Appeal of Simple Solutions. *Adv. Health Sci Educ* (2006) 11: 217
- <sup>45</sup> E. M. Zibrowski, S. I. Singh, M. A. Goldszmidt, C. J. Watling, C. F. Kenyon, V. Schultz, H. I. Maddocks, and L. Lingard: The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments. *Med Educ* (2009) 43: 741
- <sup>46</sup> T. S. Huddle, G. R. Heudebert: Viewpoint: Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. *Acad Med* (2007) 86 (6): 536
- <sup>47</sup> M. T. Taylor: Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. *Med Educ* (2004) 38: 587
- <sup>48</sup> M. J. Govaerts: Educational competencies or educating for professional competence? *Med Educ* (2008) 42: 234
- <sup>49</sup> O. ten Cate: Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*(2005) 39: 1176
- <sup>50</sup> O. ten Cate: Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *BMJ* (2006) 333: 748
- <sup>51</sup> O. ten Cate, F. Scheele: Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Practice? *Acad Med* (2007) 82 (6): 542
- <sup>52</sup> C. Tulinus, T.V. Schroeder: Uddannelse af læger. *Ugeskr. Læger* (2004) 166/21: 1975
- <sup>53</sup> [www.sst.dk](http://www.sst.dk) uddannelse/autorisation klinisk basisuddannelse -turnusuddannelse påbegyndt før 1. august 2008-målbeskrivelse
- <sup>54</sup> [www.sst.dk](http://www.sst.dk) uddannelse/autorisation klinisk basisuddannelse -målbeskrivelse for klinisk basisuddannelse
- <sup>55</sup> E. Thorling: Et historisk tilbageblik. I *Humaniora & Sundhedsvidenskab. Philosophia* 2002:40
- <sup>56</sup> K. Larsen: Elsket museumsgenstand eller uundværligt kompas? *Ugeskr Læger* 2006; 168 (9): 878

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

---

- <sup>57</sup> U. Juul Jensen: Humaniora som sundhedsvidenskab. I Humaniora & Sundhedsvidenskab. Philosophia 2002:9
- <sup>58</sup> A. Frøland: Hippokrates og de syv kompetencer. Dansk Medicinsk Årbog 2005: 22
- <sup>59</sup> U. Juul Jensen: Den medicinske filosofis storhed, forfald og genrejsning. I Filosofi, Etik, Videnskabsteori, Akademisk Forlag, 2001: 74
- <sup>60</sup> T. Saugstad: Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv. I Kompendium til modulet 'Medicinsk Pædagogik', 2009, fra praktikker i erhverv og uddannelse - om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker. Akademisk forlag, 2001: 188
- <sup>61</sup> E. D. Pellegrino: The Metamorphosis of Medical ethics. A 30 year retrospective. JAMA (1993) 269 (9):1158
- <sup>62</sup> U. Juul Jensen: Sygdomsbegreber i praksis. Munksgaard, 2.udgave, 1.oplag 1986
- <sup>63</sup> U. Juul Jensen: Mellem social praksis og skolastisk fornuft - Temaer i fransk filosofi fra Descartes til Bourdieu. I: Temaer i nyere fransk filosofi, red. J. Myrup. Forlaget Philosophia, 2001
- <sup>64</sup> S. Callewaert: Fra Bourdieus og Foucaults verden - pædagogik og sociologi, diskurser og praktikker, efter det moderne. Akademisk Forlag, 2003: Kapitel 1 og 2.
- <sup>65</sup> M. Foucault: the Birth of the Clinic - An Archaeology of Medical Perception. Vintage Books Edition, april 1994
- <sup>66</sup> K. Aspegren: Forandringer af lægestudiet: hvorfor og hvordan. Ugeskr Læger (2001) 163/26: 3591
- <sup>67</sup> Lademanns leksikon, bind 18. Lademanns Forlagsaktieselskab, 1985
- <sup>68</sup> J. Lave, E. Wenger: Situeret Læring og andre tekster. Hans Reitzels Forlag 2005, 3. oplag
- <sup>69</sup> E. Wenger: Praksisfællesskaber. Hans Reitzels Forlag 1998. 1.udgave, 2.oplag
- <sup>70</sup> M. Eraut: The many meanings of theory and practice, Editorial. Learning in Health and Social care (2003): 2: 61
- <sup>71</sup> M. Eraut: Professional Knowledge in Medical Practice. In A. Oriol, H. Pardell (Eds): La Profesion Medica: Los Retos Del Milenio. Monografias Humanitas Fundacion Medicina y Humanidades Medicas, 2005, Barcelona: 44-67
- <sup>72</sup> M. Eraut: Learning from other people in the workplace. Oxford Review on Education (2007) 33 (4): 403
- <sup>73</sup> I K. Illeris: Læring, Roskilde Universitetsforlag, 2. reviderede udgave, 2. oplag, 2007: s 159
- <sup>74</sup> M. Eraut: How Professionals Learn through Work. <http://learningtobeprofessional.pbworks.com>
- <sup>75</sup> K. Nielsen, S. Kvale: The Workplace -a Landscape of Learning. In: Learning, Working and Living, Mapping the Terrain of Working Life Learning. Palgrave Macmillan, 2006
- <sup>76</sup> K. Nielsen, S. Kvale: Mesterlære som læringsform. I Pædagogiske Teorier, Billesøe og Baltzer, 4.udgave 2. oplag, 2006
- <sup>77</sup> K. Nielsen, S. Kvale: Current Issues of apprenticeship. Nordisk Pedagogik (1997) 17 (3): 130
- <sup>78</sup> M. Eraut: Informal learning in the workplace. Studies in Continuing Education (2004) 26 (2): 247
- <sup>79</sup> P. H. Sawchuk: Theories and methods for research on informal learning and work: towards cross-fertilization. Studies in Continuing Education (2008) 30 (1): 1
- <sup>80</sup> M. Eraut: Editorial, Expert and expertise: meanings and perspectives. Learning in Health and Social Care (2005), 4 (4): 173
- <sup>81</sup> U. Juul Jensen: The Struggle for Clinical authority: Shifting Ontologies and the Politics of Evidence. BioSocieties (2007) 2: 101
- <sup>82</sup> I. Sønboe Kristiansen, G. Mooney: Evidence-based Medicine: Method, collaboration movement or crusade? In: Evidence-based Medicine in its Place (2006). 1. Paperback, 1.ed. 2004. Routledge
- <sup>83</sup> K. Aspegren: BEME guide No. 2: teaching and learning communication skills in medicine- a review with quality grading of articles. Medical Teacher (1999) 21 (6): 563
- <sup>84</sup> U. Juul Jensen: Sundhed, Liv og Filosofi. I: Sundhedsbegreber. Forlaget Philosophia, 2. udgave, 1.oplag, 2005

## I Hippokrates Fodspor - om Fremtidens Speciallæge

Masterspeciale i Medicinsk Pædagogik 2009

Ilse Christiansen, studienummer 2007 3990

---

- <sup>85</sup> A. Løkke, E. Fihl, L. Hem, U. Juul Jensen, B. Paarup-Laursen, H. Salling Olesen, V. Steffen, T. Söderqvist, S. Vallgård, L. G. Knudsen: Kultur og Sundhed, Humanistisk Forskning i Krop, Sundhed og Sygdom. Rapport fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation (2005)
- <sup>86</sup> P. Jarvis: Globalisation, Lifelong Learning and the Learning Society, Sociological Perspectives. Routledge 2007, reprinted 2008
- <sup>87</sup> E. D. Pellegrino: Professionalism, profession and the Virtues of the Good Physician. The Mount Sinai Journal of Medicine (2002) 69 (6): 378
- <sup>88</sup> E. D. Pellegrino: The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. J. Med. and Philo (2001) 26(6): 559
- <sup>89</sup> E. D. Pellegrino: Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship. J. Cont. Health Law & Policy (1994) 47: 47
- <sup>90</sup> M. A. Verkerk, M. J. de Bree, M. J E Mourits: Reflective professionalism: Interpreting CanMEDS "professionalism". J. Med. Ethics (2007) 33: 663
- <sup>91</sup> M. Eraut: Editorial, Learning in Health and Social Care (2003) 2 (1): 1
- <sup>92</sup> F. D. Davis: *Phronesis*, clinical reasoning and Pellegrino's philosophy of medicine. Theoretical medicine (1997) 18: 173
- <sup>93</sup> R. M. Veatch: The Impossibility of a Moral Internal to Medicine. J Med Philo (2001) 26 (6): 621
- <sup>94</sup> R. Macleod, C. Parkin, S. Pullon, and G. Robertson: Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. Medical education.(2003) 37: 51-58