

i et fransk studie rapporteret en tendens til, at patienter med CDAD, hvor bakterien har generne for det binære toksin, har sværere sygdom end patienter, hvor bakterien ikke har disse gener [2]. Præliminære resultater fra et dansk studie peger i samme retning. Imidlertid var symptomerne – på trods af forekomst af det binære toksin – relativt milde hos patienten med det første erkendte tilfælde af CDAD med PCR-ribotype 027 i Danmark.

CDAD er primært nosokomielt betinget. I Danmark er forekomsten af udskrivningsdiagnosen enterokolitis forårsaget af *C. difficile* steget i de senere år (EPI-NYT, uge 26, 2007). Den samme tendens er set i andre lande, hvor CD027 også er beskrevet. Årsagen er ukendt, men en stærk association med brug af bredspektret antibiotika er set. Øget fokus på CDAD og dermed øget diagnostisk aktivitet kunne også være en medvirkende årsag. I udbruddet i Quebec fandtes fluoroquinoloner at være den vigtigste risikofaktor for CDAD, efterfulgt af cefalosporiner, makrolider og clindamycin [3].

Flere steder i Europa etableres nu natio-

nale overvågningsprogrammer og *The European Centre of Disease Prevention and Control* er på vej med nye anbefalinger til bekæmpelse af *C. difficile*. Foranstaltninger, der tidligere har vist sig at nedbringe smitten, omfatter blandt andet tidlig påvisning af bakterien, isolation af inficerede patienter, restriktioner i antibiotikaforbrug og håndvask med sæbe, da ethanol ikke neutraliserer bakteriens sporer [4].

KORRESPONDANCE: Katharina E. P. Olsen, Afdeling for Bakteriologi, Mykologi og Parasitologi, Statens Serum Institut, DK-2300 København S. E-mail: keo@ssi.dk

ANTAGET: 4. august 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Pepin J, Valiquette L, Alary M et al. Clostridium difficile-associated diarrhea in a region of Quebec from 1991 to 2003: a changing pattern of disease severity. *CMAJ* 2004;171:466-72.
2. Barbut F, Gariazzo B, Bonnè L et al. Clinical features of Clostridium difficile-associated infections and molecular characterization of strains: results of a retrospective study, 2000-2004. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:131-9.
3. Pépin J, Saheb N, Coulombe M et al. Emergence of fluoroquinolones as the predominant risk factor for Clostridium difficile-associated diarrhea: a cohort study during an epidemic in Quebec. *CID* 2005;41:1254-60.
4. Kuijper E J, Coignard B, Tüll P on behalf of the ESCMID Study Group for Clostridium difficile (ESGCD), EU member states and the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Emergence of Clostridium difficile-associated disease in North America and Europe. *CMI* 12:2-18.

Implementering af speciallægereformens syv roller

Videnskabelig assistent Pernille Dehn, specialkonsulent Carsten Hering Nielsen, lektor Kristian Larsen & lektor Martin Bayer

ORIGINALARTIKEL

Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet, Forskningsprogram for miljø- og sundheds-pædagogik, og Aarhus Universitet, Center for Medicinsk Uddannelse

RESUME

INTRODUKTION: 1. januar 2004 initierede sundhedsvæsnets implementeringen af en ny speciallægereform. I den anledning har Danmarks Pædagogiske Universitetsskole i perioden 2002-2006 i to delprojekter forsket i uddannelsespraksis i speciallægeuddannelsen. Artiklen belyser modtagelsen af reformens syv kompetenceroller. Rollerne var del af et pædagogisk paradigmeskifte, som indebar en ny fortolkning af det lægelige kompetencespænd. Det var derfor afgørende at analysere, hvordan rollerne blev modtaget af lægerne.

MATERIALE OG METODER: Undersøgelsens kvalitative data omfatter to semistrukturerede fokusgruppeinterview med deltagelse af 13 læger samt seks observationer af tre uddannelsessøgende læger med opfølgende enkeltinterview.

RESULTATER: Undersøgelsens resultater viser, at rollerne knap to år efter reformens indførelse ikke som tilsigtet tillægges samme værdi af lægerne. Beskrivelse af kompetencemål afspejler ikke i tilstrækkelig grad hverdagspraksis, hvor mange kompetencer er socialt situerede. Undersøgelsen indikerer tillige et behov for uddannelse af vejledere i evaluering af kompetencemål for alle syv roller.

KONKLUSION: Lægernes opfattelse af rollerne indikerer en diskrepans mellem formuleringsplan og hverdagspraksis, som blandt andet kan tilskrives et fremherskende fokus på rollen som medicinsk ekspert, udtømmende målbeskrivelser og manglende kvalificering af vejlederne.

Siden 1. januar 2004 har det været målsætningen, at kommende speciallæger ifølge målbeskrivelserne [1, 2] skal »mestre en flerhed af roller«. Formålet med denne artikel er med et didaktisk blik at belyse, hvordan rollerne er blevet modtaget i praksis for således at kunne sammenholde formuleringsplan med realiseringsplan. Konkret søges dette gjort ved at undersøge, hvordan lægerne oplever rollerne integreret i den kliniske hverdag, herunder hvorledes evaluering foregår. Resultaterne udspringer af en undersøgelse [3, 4] af uddannelsespraksis i speciallægeuddannelsen, der er foretaget af Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, og som delvist var finansieret af Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen var opdelt i to del-

projekter. Nærværende artikels resultater trækker på specifikke data fra 2. del fra 2005-2006.

MATERIALE OG METODER

Det kvalitative forskningsdesign, der ligger til grund for artiklen, omfatter to semistrukturerede fokusgruppeinterview med uddannelsessøgende læger og vejledere samt seks observationer af tre uddannelsessøgende læger med opfølgende enkeltinterview. Metodetriangulering er valgt for bedst muligt at kunne afdække den kompleksitet, som praksis udgør, og den læring, der genereres såvel bevidst som ubevidst, formelt samt ikkeformelt [5]. Fokusgruppeinterviewene giver således en dynamisk adgang til lægernes forståelse af uddannelsespraksis, observationerne til hvordan praksis udfolder sig – på bevidst som ubevidst plan – og de opfølgende interview medvirker til at afdække praksis yderligere. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Personhenførbare informationer er anonymiseret.

Inklusion

Kriterierne for inklusion var fastlagt til status som enten vejleder eller uddannelsessøgende læge. Sundhedsstyrelsen udtrak tilfældigt deltagere til observationer, interview og den ene fokusgruppe, mens den anden fokusgruppes informanter rekrutteredes af sekretariatet i Videreuddannelsesregion Nord efter principper om *purposeful sampling* [6] – dvs. informanter, der antoges at kunne tilføre særlig righoldige data. Inklusionskriteriet for de deltagende vejledere blev derfor skærpet til status som uddannelsesansvarlig overlæge.

Fokusgrupper

Fokusgruppeinterview blev foretaget i foråret 2006. Otte uddannelsessøgende og fem uddannelsesgivende overlæger fra to universitetshospitaler rekrutteredes som informanter. Regionalt fordelte disse sig med seks fra Østdanmark og syv fra Vestdanmark, kønsmæssigt var der seks kvinder og syv mænd. Interviewene blev transskriberet fuldt ud og kodet.

Observationer og opfølgende interview

Tre uddannelsessøgende læger blev observeret i alt 66 timer i såvel aften- som dagvagt på baggrund af semistrukturerede observationsguider. Observationerne blev fulgt op af interview, der havde til formål at styrke valideringen [7] samt at udforske lægernes oplevelser af udvalgte observerede læringsaspekter.

Dataanalyse

Kodning af interviewmaterialet blev foretaget ud fra



FAKTABOKS 1 – DE SYV ROLLER

Generelle kompetencer hos speciallægen

Medicinsk ekspert

Mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen.

Opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis.

Varetage effektiv lægegerning med respekt for både patient, uddannelse, forskning og lovgivning.

Kommunikator

Etablere optimal kontakt til patienter og pårørende.

Indhente anamnese fra patienter/pårørende/andre.

Mestre relevant dialog med patienter/pårørende/behandlerteam.

Samarbejder

Rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale og andre.

Medvirke konstruktivt i tværfaglige team.

Leder/administrator

Udnytte resurser rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning, og eksterne aktiviteter.

Motivere og engagere i sundhedsorganisationen.

Anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter.

Sundhedsfremmer

Identificere vigtige faktorer for sundhed, som påvirker patienterne.

Arbejde for øget sundhed for patienterne og i lokalsamfundet.

Opdage og agere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet.

Akademiker

Forpligtelse til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring).

Kritisk vurdere medicinsk information.

Kritisk vurdere lægelig praksis.

Facilitere læring hos patienter, kolleger, studerende og andre.

Bidrage til udvikling af ny viden.

Professionel

Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse.

Udvis passende personlig og medmenneskelig professionel adfærd.

Praktisere faget i overensstemmelse med forpligtelsen som læge.

Kilde: [1].

på forhånd fastlagte temaer ud fra den metode til meningskondensering, der er beskrevet af *Kvale* [8]. I denne artikel rapporteres kun temaerne *de syv roller samt evaluering*. Analysen tog afsæt i en pædagogisk, teoretisk ramme, der er inspireret af *Bourdieu* og *Lave & Wenger* [9, 10]. Citater og observationer er udvalgt som illustration af specifikke temaer.

DE SYV ROLLER I PRAKSIS: VÆRDTILSKRIVNING OG EVALUERING

Reformen lægger op til, at de syv roller som lægelige funktionsområder skal være ligeværdige og lige gyldige [1]. Samtidigt finder en differentiering sted på formuleringsplan, idet rollen som medicinsk ekspert inden for samtlige specialer er detaljeret beskrevet, mens de øvrige roller beskrives i mere generelle termer [2]. Disse er ikke nuanceret i relation til f.eks. relationelle, situationelle, sygdomsbestemte eller andre forhold, der indvirker på indholdet i kompetencen. Hvordan rollerne i lyset af tvetydige meldinger slår igennem på praksis, belyses gennem observation af praksis i kombination med informanternes oplevelse af rollerne og deres evaluering i den kliniske praksis. Dette er fokus for artiklen.

Medicinsk ekspert

Rollen som medicinsk ekspert var den, der generelt i begge typer interview tillagdes størst betydning, her af en yngre læge i en fokusgruppe: »Der er ingen af os, der er i tvivl om, at det vigtigste er at være medicinsk ekspert, man kan jo ikke bare være en administrator vel?«

I en anden fokusgruppe fortalte en uddannelsessøgende om betingelserne for at tilegne sig me-

dicinske kompetencer: »... hvis der er et operationsprogram den dag, der hedder, at vi skal nå fire operationer, så er der altså ikke plads til, at jeg kan stå og fedte rundt i fire timer, når overlægen kunne have lavet det på to«. Uddannelseshensyn veg således for hensyn til produktion. Det fremgik yderligere, at adgang til læring [8] var betinget af de mere erfarne lægers selektion mellem uddannelsessøgende på forskellige stadier: »Vi skal jo også lære at skopere, og der bliver dem i hoveduddannelsesforløb introduceret til det. Der er ikke plads til, at der er andre, der bliver introduceret til det«.

Fra enkeltinterview fremgik det i supplement til i fokusgrupperne, at det særligt var relationelle og faglige hensyn, der influerede: »... når man skal lære at operere, så skal man på en eller anden måde have en ældre kirurgs tillid (...) han skal ligesom give lidt for at lære dig, fordi det er meget lettere bare at operere selv, fordi man kan jo godt selv, så det vil sige, det er lidt mere tidskrævende, og det er lidt mere risikabelt«.

Observationen af en operation med deltagelse af en erfaren 1. reservelæge og en nystartet hoveduddannelseslæge illustrerer, hvorledes den mere erfarne læge underviser og superviserer, men også hvorledes rollen som samarbejder er klangbund for udfoldelsen af rollen som medicinsk ekspert.

De øvrige roller

Om betydningen af rollerne ud over rollen som medicinsk ekspert udtalte en uddannelsessøgende i forlængelse af en observation: »Umiddelbart kunne jeg ikke forestille mig, at der er nogen, der decideret ville kunne dumpe på nogle af de andre ting«. Lægen uddybede i tråd med andre informanter sin forståelse af rollen som samarbejder: »... selvfølgelig skal man tale pænt til sygeplejerskerne, selvfølgelig skal man kunne skrive en henvisning til en anden afdeling, hvis man har en patient, der skal derover, altså det giver jo helt sig selv«.

Perceptionen af rollen som medicinsk ekspert viser, at rollen opleves som tegnende for lægens kernefunktioner, mens de øvrige roller, på trods af at de ofte er integrerede i eller forudsætninger for rollen som medicinsk ekspert, opleves som havende mindre betydning.

Gennem interview og observationer har vi identificeret yderligere en tendens, der er udslagsgivende for rollernes integration. Både fra uddannelsessøgende og vejlederes side tages initiativer til læring i de funktioner, der direkte vedrører rollen som medicinsk ekspert, mens inddragelse i og opsøgning af læringssituationer, der har de andre rollefunktioner som hovedfokus, synes fraværende.



FAKTABOKS 2

Udsnit af observation: uddannelseslæge, urologi, under operation

Respondenten uddelegerer en dårlig patient og skynder sig ind på operationsstuen, hvor man er startet uden ham: Han går ind og undskylder og går i vask.

Den mere erfarne kvindelige 1. reservelæge opererer assisteret af en sygeplejerske. Respondenten overtager sygeplejerskens plads.

1. reservelægen: »Og så sætter vi den bare fast der«, og respondenter nikker. Han læner sig frem, så han kan se feltet med besvær. »Kan du holde her også?«, siger 1. reservelægen. Respondenten foreslår at bruge en selvholder – med andre tænger, da han så mener, at han kan se bedre ned i feltet. Under operationen lyder respondentens hyl; der er en patient i modtagelsen.

1. reservelægen siger: »Mærk, hvor hårde de er – normalt kan man nulre dem løs her nede ved bækkenbunden, du kan godt mærke, at den ikke er helt god«. Respondenten stikker hånden i såret. 1. reservelægen beslutter, at de også skal tage den anden side, og beder respondenter ordne den.

1. reservelægen mærker og har tydelig mistanke om, at tumoren har bredt sig. Hun siger: »Vi skal sende alt sammen af sted« og tager vævet ud. 1. reservelægen lader respondenter mærke på præparatet »det er ganske tydeligt kornet«.

1. reservelægen siger: »Det er venen, det der«, og respondenter mærker efter.

1. reservelægen: »Gå efter den der lymfeknude, nu kom der en lymfeknude fra højre side lige foran venen – så kan jeg ... se venen«.

Respondenten: »Der er et stort ... her«.

1. reservelægen: »Det er det, man kalder træls«. Hun forklarer: »Den bedste måde er at nulre, ikke rykke – ellers laver vi hullet noget større, hvis du ikke kan. Nogle gange står man og fjumrer med for små huller. Kan du mærke noget spagetti?« Respondenten nulrer glandler fri.

Evaluering

Tjeklister med minimumskompetencer var et af de nye redskaber, der i den nye speciallægeuddannelse blev taget i brug, for at sikre tilegnelse og dokumentation af kompetencerne. Tjeklisterne er som målbeskrivelserne struktureret ud fra de syv roller. Tydeliggørelsen af mål og af afdelingens uddannelsesforpligtelser [11] synes generelt at have fået en positiv modtagelse blandt informanterne. En uddannelseslæge udtrykte i en fokusgruppe denne tilfredshed således: »Kirurgerne har altid haft en liste over de operationer, de skulle lave. For os er det også blevet mere synliggjort; nu skal du have krydset den liste. Det er fint, så tænker man mere over det«.

Men de nye målbeskrivelser har sat andre standarder for tilbagemelding til den uddannelsessøgende [10]. Om konsekvenserne af det udtalte en uddannelsesansvarlig overlæge i en fokusgruppe: »Jeg har bare sådan en ide af, at man har søsat et eller andet fuldstændig fantastisk noget, men man mangler sådan set nogle folk til at sejle skibene. (...) og de her letmatroser man har ansat, de farer rundt og ved ikke rigtig, hvor de skal gå hen. Og hvad de skal gøre.«

Der var således blandt informanterne tydelige tegn på, at reformen ikke var fulgt op af tilstrækkelig information og uddannelse i relation til vejlederfunktionen. En uddannelsessøgende beskrev i en fokusgruppe: »Jeg har lige fået en 360 graders evaluering [2]. Her kan man godt se, at overlægerne er usikre på, hvad det er de skal«. Ligeledes udtrykte en uddannelsessøgende i samme fokusgruppe på spørgsmålet om, hvorledes hun oplevede brugen af underskrifter i forhold til opfyldelse af de enkelte kompetencemål således: »Det er det at det gør det hele mere presset – at man hele tiden skal slå op i den. Og hvad skal man nu have skrevet under på? Jeg opfatter det mest som en ekstra arbejdsbyrde«. Af fokusgrupperne fremgik også, at lægerne ikke så underskrifterne som et udtryk for et behov i miljøet, men snarere som denne uddannelsesansvarlige læge udtrykker det:

»Det er vel et ønske centralt fra, at man ønsker dokumentation for – og at nogen tager ansvar for, at det vitterligt er indlært det der. Så er spørgsmålet, hvad er kvaliteten i at få underskriften? »Jeg mangler den der, men jeg har rent faktisk gjort det« (...) Man ved godt vedkommende kan, fordi man har sådan lige set eller hørt, eller man har fulgt med i journalerne, at det er sket. Men man har ikke stået selv og bevidnet det«. En anden uddannelsesansvarlig pegede ligeledes i en fokusgruppe på konsekvensen af den manglende indregning af tid og resurser: »Man forestiller sig, at nu har en uddannelsessøgende set fem patienter med den og den diagnose, og så sætter hovedvejlederen sig sammen med denne og kigger journalerne



FAKTABOKS 2

Observation over to dage fra universitetssygehus, infektionsmedicinsk afdeling med fokus på læringsituationer. Eksempler:

Konference i konferencerummet. Her diskuteres der eksplicit fagligt, og egentlig undervisning foregår i en uhøjtidelig ramme.

Minikonferencer på sygeplejerskernes kontor. Her afføder patienters situation samtale om diagnose, udskrivelse, undersøgelser osv. i forhold til den enkelte patient.

Ved formelle samtaler pr. telefon hvor X kontakter Y mhp. at afklare en sag, en sygdom eller en undersøgelse.

Ved formelle samtaler hvor lægerne opsøger hinanden på kontorer, ved journalarbejde, ved indskrivning af nye patienter. Informanten spørger f.eks. flere gange ældre læger om diverse forhold eller rettere får bekræftet sine antagelser hos dem.

Ved uformelle møder på gange, kontorer dvs. ad hoc-situationer, når de alligevel »støder ind« i hinanden. F.eks. da informanten drøfter faren ved at give kalium for hurtigt med en yngre introduktionslæge (som informanten er vejleder for) – går begge umiddelbart i gang med at slå dosering, farer ved hurtigt indgift, millimol osv. op dels på computeren og dels i medicinske opslagsværker.

Ved helt uformelle og i institutionel/professionel konstruktion »fri tid« f.eks. i frokostpauser og kaffepauser.

igennem. Men det er der ikke tid til (...) det handler tit om, at underskrifterne bliver sat den sidste eftermiddag«.

DISKUSSION

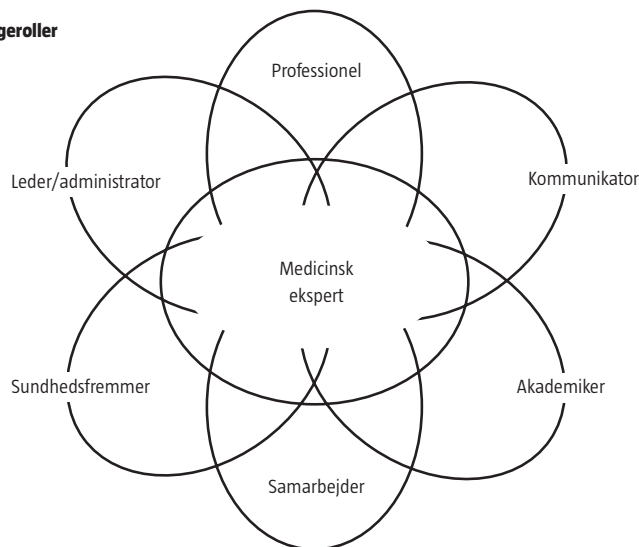
Resultaterne kaster lys over rollernes tilværelse under den nye speciallægeuddannelse og giver anledning til at problematisere denne del af curriculum og dets realisering. Rollernes oplevede integration i klinisk praksis og den forståelse, der synes at være af dem, rejser nødvendigvis spørgsmålet om, hvorvidt man kan og skal sidestille de syv roller samt, om kompetencerne skal vurderes ligeværdigt (**Figur 1**). De medicinske kompetencers forrang, som på formuleringsplan legitimeres af målbeskrivelserne, genfindes på realiseringsplan som en naturlig styringsmekanisme for de uddannelsessøgende lægers bestræbelser på at bevæge sig fra at være perifere deltagere, som det er beskrevet af *Lave & Wenger* [10], til at kvalificere sig til at blive dygtige speciallæger. Når opsøgning på undervisning afgrænses til kompetencer inden for rollen som medicinsk ekspert, og når denne rolle opleves som værende af langt større betydning, så fastholdes denne rolle som dominerende, og det gør det vanskeligt at se, hvorledes de andre roller kan få gennemslagskraft. Hverdagspraksis og faglig selvforståelse virker således som barrierer for implementering af de seks øvrige roller.

Skismaet er skitseret i ovenstående eksempel, hvor en læge udlægger sin forståelse af rollen som samarbejder. Tværfaglige relationer og samarbejde som en afgørende del af lægens arbejde og rolle tilskrives kun begrænset betydning, og rollerne opleves ikke at være i overensstemmelse med den måde, de er beskrevet.

 FIGUR 1

Udviklingen af speciallægereformens danske roller var stærkt inspireret af de syv kompetenceroller (benævnt CanMED Roles), der var identificeret, udviklet og valideret af *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Den canadiske model lægger til forskel fra den danske model op til, at rollen som medicinsk ekspert er den centrale rolle. Nærværende undersøgelse bekræfter, at dette billede også i Danmark er overensstemmende med praksis. Udfordringen bliver dog for begge modeller at give de øvrige roller den værditilskrivning, som reformen lægger op til.

De syv speciallægeroller



Målbeskrivelsernes udgangspunkt er, at kompetencerne epistemologisk anskues som knyttet til individet. Vores resultater indikerer, at flere roller flyder sammen og at beherskelse af mange kompetencer forudsætter, at de tilegnes og udøves som del af en social arbejdspraksis [5, 10]. Således synes en forståelse og oplevelse af praksis som socialt situeret i en vis udstrækning at kunne forklare, hvorfor rollerne kan være svære at implementere på den måde, som de oprindeligt var tænkt.

I pædagogisk og evalueringsmæssig sammenhæng er der nogle komplicerende forhold, der gør sig gældende; udkrystalliseringen af lægens funktionsområder i kompetenceroller kræver en anden type vejledning end tidligere [12], fordi person og personlighed bliver del af evalueringen [2] frem for ren faglighed. Reformen cementerer et skifte i synet på lægerollen fra lægelig ekspert og autoritet til multikompetent menneske. Et sådan paradigmeskift kompliceres af, at der er en tendens til, at man generelt lærer fra sig på samme måde, som man selv er blevet oplært [13, 14] eller som Bourdieu [9] fremfører, at agenter inden for et felt har en tendens til at reproducere den viden, hvis værditilskrivning, feltets agenter er enige om. Når informanterne samtidig oplever en begrænset oplæring i at bruge evaluering som et pædagogisk redskab, der er integreret i et læringsforløb, samt manglende prioritering af tid og resurser, så får reformen ikke den til-

sigtede gennemslagskraft. Evalueringen får kun en ritual eller legitimerende funktion.

KONKLUSION

Undersøgelsen viser en tydelig diskrepans mellem Speciallægekommissionens definition af det lægelige kompetencespænd og den i praksis oplevede udmøntning og forståelse af rollerne. Rollen som medicinsk ekspert tillægges generelt såvel i ord som i handling mere værdi end de øvrige roller. Observationerne viser, at de øvrige roller i vid udstrækning er indlejrede i denne rolle. Kompetencerne forudsætter tillige ofte en social situering, der ikke er taget højde for i målbeskrivelserne. Dette betyder, at indlæring af mange færdigheder ikke er velbeskrevet – de er alt for langt fra den måde, de opleves på. Endelig viser brugen af evaluering af kompetencemål som pædagogisk redskab sig mangelfuld som følge af begrænset oplæring og indregning af tid. Der er således såvel på formuleringsplan som på realiseringsplan plads til initiativer, der kan medvirke til at kvalificere speciallægens kompetencespænd. Yderligere forskning i særlige betingelser i de enkelte specialer og i specifikke uddannelsesmiljøer er nødvendig og vil kunne bidrage til en udfoldning af de her diskuteret problemstillinger.

KORRESPONDANCE: Pernille Dehn, Institut for Curriculumforskning, Danmarks Pædagogiske Universitets-skole ved Aarhus Universitet, Tuborgvej 164, DK-2400 København NV. E-mail: pede@dpu.dk

ANTAGET: 26. december 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
2. Målbeskrivelser for speciallægeuddannelse. Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk/Uddannelse/Laeger/Speciallaegeuddannelse/Maalbeskrivelse.aspx (1. december 2007).
3. Bach B, Bayer M, Brinkkjær U et al. I Speciallægeuddannelse i Danmark – en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. København: Danmarks Pædagogiske Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2004.
4. Speciallægeuddannelse i Danmark – en empirisk undersøgelse af tendenser inden for speciallægeuddannelsen efter implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. 2. delrapport fra forsknings- og udviklingsprojektet »Reform af speciallægeuddannelsen i Danmark«. København: Danmarks Pædagogiske Universitet, 2007.
5. Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *Br J Educ Psychol* 2000; 70:113-36.
6. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. ed. Newbury Park: Sage, 2002.
7. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. udgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
8. Kvale S. *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
9. Bourdieu P. *Distinction. A social critique and judgement of taste*. London: Routledge, 1986.
10. Lave J, Wenger E. *Situated Learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
11. Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæge, BEK nr. 1257 af 25/10/2007, www.retsinfo.dk (1. december 2007).
12. Isenberg Ravn L. Vejlederfunktionen i den nye speciallægeuddannelse. *Ugeskr Læger* 2004;166:2020.
13. Becker HS, Geer B, Hughes EC. *Boys in white. Student culture in medical school*. Chicago: Transaction Books, 1961.
14. Bayer M, Brinkkjær U. *Professionslæring i praksis – Nyuddannede læreres og pædagogers møde med praksis*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag, 2003.