

# Refleksion som læringsmetode i den professionelle rolle er vigtig

Dorte Lange Høst & Bente Malling

## STATUSARTIKEL

Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2015;177:V06130417

Der skal leveres og ydes, når læger går på arbejde. Aldrig har kravene til sundhedsvæsenets effektivitet og produktivitet været større [1], og samtidig er forventningerne til, at lægen har både hjerne og hjerte på rette sted særdeles høje. I højt tempo skal lægen være professionel til fingerspidserne.

Uddannelsesmæssigt stiller det store krav. Udfordringen er at uddanne kommende speciallæger til at arbejde professionelt under de givne forhold på en måde, der sikrer høj etisk standard i patientbehandlingen og ordentlige arbejdsforhold for lægerne.

I nærværende artikel belyses denne udfordring, og der tilvejebringes et indblik i en metode, der kan tages i brug, når de professionelle kompetencer skal læres, anvendes og vurderes som en del af speciallægeuddannelserne.

## ROLLERNE I DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE

At man udtrykker sin professionalisme eller forholder sig til sin professionelle identitet sker ofte implicit i ens arbejde, samarbejde og opgaveløsning, og det er for de fleste svært at formulere og gøre til genstand for læring [2].

Med indførelsen i 2004 af de syv lægeroller som omdrejningspunkt for den lægelige videreuddannelse blev rollen som professionel søgt defineret og tilknyttet en række kompetencer såvel generelt som tilpasset de enkelte lægelige specialer. Lægen som professionel har i lighed med flere af de andre roller været

svær at forholde sig til, når det drejer sig om uddannelse og kompetencevurdering [3, 4].

## VORES FORSTÅELSE AF »LÆGEN SOM PROFESSIONEL«

Nogle vil mene, at opskriften på, hvordan man bør agere som professionel læge, ligger i lægeløftet. At denne etiske anvisning er genuin og almenyldig til alle tider, og derfor bør være en lovmæssig grundsten, når professionalisme skal tænkes ind i lægeligt arbejde og uddannelse [5].

Andre vil mene, at de professionelle kompetencer bedst erhverves uden for det professionelle liv. At vi opnår de menneskelige evner, der gør os i stand til at agere professionelt i de lægelige opgaver, når vi tager del i de sociale relationer i sportsklubben, i familien og blandt vennerne, samt når vi læser skønlitteratur eller hører musik [6-8].

I de seneste års danske publikationer og Sundhedsstyrelsens nyeste »De syv lægeroller« anno 2013 peges der på, at man bør tilstræbe et velafbalanceret konglomerat af etiske forskrifter og almenmenneskelige kundskaber [9, 10]. Blandt andet nævnes vigtigheden af opmærksomhed på egen og andres begrænsninger, tydelighed omkring etiske dilemmaer og medansvar for en sund arbejds- og uddannelseskultur. Dette kan søges gennem åbenhed om fejl og usikkerhed, konstruktiv feedback og debriefing til kollegaer samt i videste udstrækning gennem bidrag til den offentlige debat. Det slås i rapporten fast, at rollerne hænger sammen i den kliniske hverdag og derfor også må tænkes sammenhængende ind i planlægning og gennemførelsen af lægelig videreuddannelse. Dette gælder ikke mindst for »Lægen som professionel«, der bl.a. beskrives som »rollen, der omslutter og understøtter de andre roller« [10].

## LÆRINGSMÆSSIGE MULIGHEDER

I den internationale litteratur beskrives flere mulige tilgange til læring af professionelle kompetencer. En af dem er brugen af narrativ medicin – historiefortællinger og litteratur i uddannelsen af læger. Narrativ medicin drejer sig om at læse, skrive og reflektere og hermed udvikle evnerne til empati, til forståelsen af hinanden samt varetagelse af egen udvikling [8].

Inspireret heraf har kurset »Den gode læge« fået



Vejledersamtalen.

plads i medicinstudiet på Aarhus Universitet. Her undervises der i skønlitteratur, der omhandler læger, samt i mulighederne for at se og forstå sin egen kommende rolle som læge [6].

Samlende for disse uddannelsesmæssige tilgange er evnen til at reflektere. At reflektere over det, der sker i arbejdet som læge, og over den rolle, man som læge selv indtager, når det sker.

I denne artikel beskrives refleksiv læring som en læringsmetode, der kan anvendes i forhold til udvikling af den professionelle identitet og dermed nogle af de kompetencer, der danner grundlag for rollen som professionel.

### REFLEKSIV LÆRING SOM BEGREB

Lægers arbejdsopgaver er komplekse og foregår ofte i hektiske og uforudsigelige arbejdsmiljøer. Der er krav om høj grad af evne til at reflektere i arbejdet. Der er bred enighed i litteraturen om, at for læger er refleksion en væsentlig og central kompetence at erhverve sig og gøre brug af [11]. Når man ønsker at lave bevidste, uddannelses- fokuserede refleksioner, kan det være nyttigt at gøre brug af en bred og detaljeret definition af refleksionsbegrebet. Et eksempel på en sådan findes hos Aukes *et al* [12], der differentierer refleksion i tre niveauer: klinisk tankegang, akademisk refleksion og personlig refleksion.

Aukes *et al* beskriver klinisk tankegang (*clinical reasoning*) som fundamentet i lægers kliniske beslutningstagen, og som det Schön betegnede som *reflection in action* [13]. Dette er et niveau, de fleste læger er fortrolige med, og som oftest er det mest synlige og bevidstgjorte i lægers uddannelse.

Akademisk refleksion (*scientific reflection*) beskrives som den kritiske tilgang til medicinsk litteratur og egen formåen, forankret i den evidensbaserede forståelse af medicinsk viden, *reflection on action*. Et niveau, der kendes fra den medicinske videnskabsteori, og som er i spil i anvendelsen og udførelsen af videnskabelig forskning.

Endelig nævnes personlig refleksion (*personal reflection*), som nøglen til udvikling af moden, afbalanceret medicinsk professionalisme, som Aukes *et al* begrebsliggør, i tråd med Schöns definitioner, som *reflection on experience*. Begrebet personlig refleksion uddybes yderligere i tre lag, nemlig: selvrefleksion, empatisk refleksion og refleksiv kommunikation.

Fælles for alle tre lag i den personlige refleksion er, at her forsøger man at give mening til komplekse problemstillinger. Rationelle som irrationelle tanker og følelser får en plads, ligesom forestillinger, overbevisninger og værdinormer står sin prøve, tages ind eller opgives. I disse refleksive lag lægges der ydermere vægt på, at disse overvejelser kan formuleres.



TABEL 1

Sammenfattende råd.

Vær konkret	Beskriv de ting, der rent faktisk sker Undlad at vurdere dem, men lad det være en øvelse at få øje på dem
Skriv historier	Beskriv episoder, små handlinger, små møder, og lad dem være udgangspunkt for refleksioner, analyser og læring
Tænk højt	Sæt professionalisme på dagsordenen til vejledermøder og lignende Skab et rum for refleksioner over det at være læge
Del tanker	Tal om de forskellige perspektiver, der opleves, og fortolkninger, der sker i arbejdet som læge

### DEN SKRIFTLIGE REFLEKSION OG NARRATIVER

En måde at få den personlige refleksion i brug på som læringsmetode er at gøre brug af historier fra hverdagen. I historierne fra vores kliniske hverdag udtrykkes vores identitet og professionelle omgang med arbejdet, patienterne og kollegerne, og vores sprog og fortællinger kan derfor gøres til genstand for udvikling og læring [14]. Med andre ord kan det at skrive og fortælle sine hverdagshistorier til kollegaer og vejledere og sammen med dem reflektere over historienes mening og betydning være en metode at lære professionelle kompetencer på.

En vejledersamtale mellem en uddannelsessøgende læge og en vejleder er en situation, hvor de professionelle kompetencer lejlighedsvis er en del af samtalen. Refleksion som læringsmetode kan her være, at den uddannelsessøgende læge inden samtalen har forberedt 2-3 små historier med overskriften: »Episoder fra mit arbejde, hvor min professionelle adfærd og måde at være den læge, jeg gerne vil være, var udfordret« (jf. »Skriv historier«, **Tabel 1**). Disse historier kan rumme alt fra usikkerhed i en behandlingsmæssig beslutning til en samtale, der gik skævt med en kollega eller en patient. Den professionelle rolle berører som tidligere nævnt de øvrige lægeroller, og netop synliggørelsen af denne sammenhæng kan være læringsmæssig væsentlig. Fokuserede spørgsmål fra en vejleder kunne være: »Hvilke udfordringer er der på spil i din historie?« (»Vær konkret«, **Tabel 1**). »Hvorfor ville du gerne have handlet anderledes?« (Selvrefleksion, jf. faktaboksen) og »Prøv at fortælle episoden fra en andens – f.eks. din kollegas – perspektiv«. (Empatisk refleksion, jf. faktaboksen). De sidstnævnte spørgsmål er gode eksempler på at tænke højt og dele tanker, som det anbefales jf. **Tabel 1**.

Refleksioner af den slags åbner op for den en-



## FAKTABOKS

**Refleksion som begreb**

Klinisk tankegang: *reflection in action*, klinisk beslutningstagning.

Akademisk refleksion: *reflection on action*, evidensbaseret forståelse.

Personlig refleksion (selvrefleksion, empatisk refleksion, refleksiv kommunikation): *reflection on experience*, meningsgivende overvejelser, der kan formuleres.

kelte læges personlige engagement i arbejdet, som hermed både anerkendes og gives mulighed for udvikling. Der er sjældent nogen »rigtig løsning« på historierne, og det væsentlige kan netop være at holde flere handlemuligheder åbne og drøfte fordele og ulemper ved de enkelte.

For mange læger vil dette være en metode, der ligger tæt op ad det, de allerede gør, men uden altid at være sig dets betydning og anvendelse bevidst.

Lægers arbejdsliv er fyldt med historier: egne historier, patienters historier og kollegaers historie. Når disse skal give mening i en medicinsk kontekst, må de fortolkes for at kunne bruges. Det samme gør sig gældende, når historierne bruges til samtale om lægelig identitet og professionel rolle. De må formes, omskrives og redigeres, og det er denne refleksive proces, som med fordel kan gøres eksplicit i relevante læringssituationer.

Refleksioner over hverdagshistorier kræver naturligvis øvelse i at gøre det, et trygt læringsmiljø samt feedback fra en vejleder, der har formålet for øje [15].

**REFLEKSION OG PROFESSIONEL IDENTITETSDANNELSE**

At lære professionalismisme inkluderer et element af identitetsdannelse og tilpasning til en kultur og et sprog [16]. I mange tilfælde sker dette i de uformelle læringssituationer som f.eks. på afdelingens konferencer, i journalnotater og i den kollegiale snak.

Desuden ses identitetsdannelse af mange som en mellemmenneskelig proces, der kan konstrueres og omkonstrueres i dagligdagens møder med andre og derfor kan læres og påvirkes, idet den er under indflydelse fra andre og omgivelserne [17]. Netop fordi identitetsdannelse er en proces, der er påvirkelig, er det oplagt at give den opmærksomhed i en uddannelsesmæssig sammenhæng.

**SAMMENFATTENDE ANBEFALINGER**

Når den uddannelsessøgende læge, vejleder eller kollega ønsker at sætte professionelle kompetencer i fokus og bevidst gøre dem til genstand for læring, kan de sammenfattende råd i Tabel 1 være værd at overveje.

**KONKLUSION**

Vi ved, at det har betydning for vores arbejde, hvordan vi taler om og håndterer vores forskellige roller, men processen, hvori unge læger lærer deres professionelle rolle at kende og tager den ind som en del af deres professionelle identitet, er meget lidt undersøgt og beskrevet.

Med baggrund i litteraturens anbefalinger kan læringsmetoderne til de professionelle kompetencer gøres langt mere eksplicite. Personlig refleksion – i alle sine tre dimensioner – er i læringssituationer en hensigtsmæssig måde at forholde sig til og arbejde med de mindre konkrete og mere u håndterbare kompetencer som dem, der ligger til grund for rollen som professionel.

Når dette skal tænkes ind i en dansk kontekst, udfordrer det naturligvis vores uddannelses- og vejledersystem. Men også vores selvforståelse og kulturbeholdte vilje til at lade vores professionelle identitet være udgangspunkt for feedback og diskussion er af betydning. Det kan opleves for personligt at tale med en vejleder om, hvordan vi er, og hvad vi gør, når vi arbejder som læger, men det kan også med den rette supervision og systematik give grobund for udvikling og læring til glæde og gavn for den enkelte uddannelsessøgende læge.

En struktureret undersøgelse af refleksion som læringsmetode ville kunne give konkrete erfaringer og anbefalinger og gøre det nemmere at få metoden ind i vejlederkurser og lægers uddannelseskultur. Det kunne f.eks. gøres ved at give vejledning og supervision til en gruppe vejledere og læger med lyst til at afprøve metoden og efterfølgende indsamle deres erfaringer og gode ideer. Empiri af den slags kunne endvidere bruges til at bakke op om den professionelle rolles værdi og betydning i en uddannelsesmæssig sammenhæng.

**KORRESPONDANCE:** Dorte Lange Høst, Center for Medicinsk Uddannelse, INCUBA Science Park – Skejby, Brendstrupgårdsvej 102, 8200 Aarhus N. E-mail: dlh@medu.au.dk

**ANTAGET:** 23. oktober 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 10. februar 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**LITTERATUR**

1. Sygehusene sætter rekord i produktivitet. København: Danske Regioner. [www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2011/November/Sygehusene+s%C3%A6tter+rekord+i+produktivitet.aspx](http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2011/November/Sygehusene+s%C3%A6tter+rekord+i+produktivitet.aspx) (8. maj 2013).
2. Monrouxe LV. Identity, identification and medical education: why should we care? *Med Educ* 2010;44:40-9.
3. Dehn P, Nielsen CH, Larsen K et al. Implementering af speciallægererformens syv roller. *Ugeskr Læger* 2009;171:1580-4.
4. Davis DJ, Skaarup AM, Ringsted C. A pilot survey of junior doctors' confidence in tasks related to broad aspects of competence. *Med Teach* 2005;27:548-52.
5. Andreasen EA. Det værdifulde danske lægeløfte. *Bibl Læger* 2007;1999:329-46.
6. Vestergaard P, Gormsen LK, Christiansen K, red. Lægers dannelse. Aarhus: Philosophia, 2012.
7. Charon R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician* 2007;53:1265-7.
8. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286:1897-902.

9. Malling B, Eika B. Speciallægeuddannelsens rolle som professionel er kompleks og bør omdefineres. *Ugeskr Læger* 2013;175:1709-12.
10. Sundhedsstyrelsen. De syv lægeroller. <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/05maj/De7laegeroller2udg.pdf> (13. nov 2013).
11. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-9.
12. Aukes LC, Geertsma J, Cohen-Schotanus J et al. The development of a scale to measure personal reflection in medical practice and education. *Med Teach* 2007;29:177-82.
13. Schön DA. Den reflekterende praktiker. 1. udg., 4. oplag. Aarhus: Forlaget Klim, 2009.
14. Bolton G. Reflective practice: writing and professional development. 3. udg. Los Angeles: SAGE Publications, 2010.
15. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:595-621.
16. Apker J, Eggly S. Communicating professional identity in medical socialization: considering the ideological discourse of morning report. *Qual Health Res* 2004;14:41129.
17. Fina A, Schiffrin D, Bamberg M. Discourse and identity. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

# Arvelige cerebrokulorenale syndromer

Galina Sessa<sup>1</sup>, Tina Duelund Hjortshøj<sup>2</sup> & Martin Egfjord<sup>1</sup>

Sammenfald af forstyrrelser i centralnervesystemet (CNS), øjnene og nyrerne forekommer ved en række sjældne medfødte syndromer. Kun en håndfuld af disse lidelser skyldes velkarakteriserede genetiske forstyrrelser. I denne artikel vil vi fokusere på nogle af disse lidelser med udgangspunkt i patienter, som har været behandlet på Nefrologisk Klinik, Rigshospitalet, med vægt på de kliniske manifestationer og genetiske grundlag ved Lowes syndrom [1, 2] og ciliopatier [3, 4] som Bardet-Biedls syndrom [2, 5, 6] og Jouberts syndrom [2].

## LOWES SYNDROM

Lowes syndrom, også kaldet okulocerebrorenalt syndrom (OCRL), er en sjælden, X-bundet recessiv lidelse [2, 7, 8]. Den er karakteriseret ved, at der er symptomer fra øjne, hjerne og nyrer. Sygdommen rammer kun drenge, mens piger kan være raske bærere af sygdommen. Den anslåede prævalens er 1:500.000 [1, 2, 9]. Patienternes levetid overstiger sjældent 40 år, og de dør ofte af nyresvigt.

Patienterne fødes med svær bilateral katarakt. Hos mindst 50% af dem udvikles der glaukom i barndommen. Synstabet er progredierende og resulterer i stærkt nedsat syn i barndommen. Mental retardering ses hos næsten alle, og mere end halvdelen lider af svære handicap. Mange patienter har autisme, og omkring halvdelen får epilepsi. De udviklingsmæssige og adfærdsmæssige handicap er det mest invaliderende aspekt af Lowes syndrom. Der ses en specifik proksimal tubulopati med proteinuri (< 3-4 g/døgn) samt øget udskillelse af kalium, fosfat, calcium og bikarbonat, hvilket ofte fører til renal tubulær acidose, nefrokalcinose eller nefrolitiasis. Patienterne har ofte

nedsat urinkoncentreringsevne og aminoaciduri. Den glomerulære filtrationshastighed falder med tiden, og *end stage renal disease* (ESRD) opstår i 15-40-årsalderen. Nyrebiopsi i barndommen kan vise interstitiel fibrose og tubulær dilatation, men ikke primære glomerulære abnormiteter. Senere biopsier viser såvel tegn til svær interstitiel sygdom og sekundær glomerulosklerose [1, 2]. Den progredierende nyreinsufficiens kan håndteres med konservativ uræmi-behandling, herunder med erythropoietin og jernbehandling af den nefrogene anæmi. Eventuel behandling af den terminale uræmi med dialyse og nyretransplantation vil afhænge af sværhedsgraden af de mentale handicap. Blandt andre kliniske manifestationer kan ses tidlig vækstretdering, dysmorfier med mikrocefali, dybtliggende små øjne, fyldige kinder og et langstrakt ansigt [2, 9]. Herudover ses en lang række andre symptomer (**Tabel 1**).

Lowes syndrom skyldes mutation i *OCRL*-genet på kromosom Xq26.1 [1, 2, 7]. Mutation i *OCRL* kan påvises hos ca. 95% af de afficerede drenge. Genet koder

## STATUSARTIKEL

- 1) Nefrologisk Klinik P, Rigshospitalet
- 2) Genetisk Rådgivningsklinik, Glostrup Sygehus

Ugeskr Læger  
2015;177:V07130452



## FAKTABOKS

### Arvelige cerebrokulorenale syndromer

Sjældne arvelige syndromer, som skyldes mutationer i en række bestemte gener, som enten koder for fosfatase i transgolgiapparatet eller for proteiner af betydning for ciliefunktion.

Inddrager altid følgende tre organsystemer: centralnervesystemet, øjnene og nyrerne med alvorlig prognose.

Klinisk debut i tidlig barnealder.

Risiko for terminalt nyresvigt (*end stage renal disease*) som ung.

Dialyse og nyretransplantation kan forlænge livet og forbedre livskvaliteten.