



# DE SYV LÆGEROLLER

2013

## De syv lægeroller

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: speciallæge, lægeroller, kompetencer, videreuddannelse

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 2

Versionsdato: 3. maj 2013

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-510-9

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2013.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>5</b>
1.1	Formål	5
1.2	Rammer	5
1.3	Tidsramme	6
1.4	Rapportering	6
1.5	Arbejdsgruppens sammensætning	6
1.6	Arbejdsprocessen	7
<b>2</b>	<b>Internationalt perspektiv</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Arbejdsgruppens overvejelser</b>	<b>10</b>
3.1	Begrebsafklaring	10
3.1.1	Rolle	10
3.1.2	Kerneopgave	10
3.1.3	Kompetence	10
3.1.4	Kompetencevurdering	11
3.1.5	Systemisk tænkning	12
3.1.6	Patient empowerment	12
3.2	Udgangspunkt for beskrivelse af roller – de lægelige arbejds-situationer	12
3.3	Nomenklatur	13
3.3.1	Rollebetegnelse	13
3.3.2	Lægens kerneopgaver	15
<b>4</b>	<b>Model for beskrivelse af lægerollerne</b>	<b>16</b>
4.1	Rollerne i kontekst	17
4.2	Rollernes hierarki	19
4.3	Specialernes brug af roller	20
<b>5</b>	<b>Definition af de 7 lægeroller</b>	<b>22</b>
5.1	Medicinsk ekspert / lægefaglig	22
5.2	Kommunikator	22
5.3	Samarbejder	22
5.4	Leder / administrator / organisator	22
5.5	Sundhedsfremmer	22
5.6	Akademiker / forsker og underviser	22
5.7	Professionel	23

<b>6</b>	<b>Uddybning af lægerollerne - overordnede kompetencer på individ-, organisations- og samfunds niveau</b>	<b>24</b>
6.1	Medicinsk ekspert / lægefaglig	24
6.1.1	Overordnede kompetencer på individniveau	24
6.1.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	24
6.1.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	24
6.2	Kommunikator	24
6.2.1	Overordnede kompetencer på individniveau	24
6.2.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	25
6.2.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	25
6.3	Samarbejder	25
6.3.1	Overordnede kompetencer på individniveau	25
6.3.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	26
6.3.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	26
6.4	Leder / administrator / organisator	26
6.4.1	Overordnede kompetencer på individniveau	26
6.4.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	26
6.4.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	27
6.5	Sundhedsfremmer	27
6.5.1	Overordnede kompetencer på individniveau	27
6.5.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	27
6.5.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	28
6.6	Akademiker / forsker og underviser	28
6.6.1	Overordnede kompetencer på individniveau	28
6.6.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	28
6.6.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	29
6.7	Professionel	29
6.7.1	Overordnede kompetencer på individniveau	29
6.7.2	Overordnede kompetencer på organisationsniveau	29
6.7.3	Overordnede kompetencer på samfunds niveau	30
<b>7</b>	<b>Konklusion og anbefaling</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>Bilag A. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. lægeroller</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>Bilag B. Supplerende litteratur</b>	<b>33</b>
<b>10</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>36</b>

# 1 Indledning

Speciallægekommissionen fra 2000 beskriver i betænkningen: Fremtidens speciallæge en model, som efter kommissionens vurdering ville dække fremtidens krav til speciallæger. Modellen omfattede de syv lægeroller: Medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel. Rollerne er efterfølgende blevet implementeret i den lægelige videreuddannelse blandt andet ved at beskrive kompetencer inden for hver rolle i specialernes målbeskrivelser <sup>1,2,3,4,5</sup>.

Danske og internationale erfaringer tyder imidlertid på, at rollerne tolkes forskelligt af forskellige aktører, og at alle roller ikke opleves lige relevante inden for alle specialer eller lægefaglige arbejdsområder. Derudover er der behov for at se rollerne som en mere integreret del af arbejdsfunktionerne.

I Sundhedsstyrelsens rapport Speciallægeuddannelsen - status og perspektivering fra 2012 er en af konklusionerne derfor, at der er behov for at revurdere og justere beskrivelsen af de syv lægeroller, herunder nuancere beskrivelserne i forhold til de lægelige specialer og gøre beskrivelserne mere tidssvarende <sup>6</sup>. Samtidig lægger rapporten op til, at rollebegrebet også bør indeholde etiske aspekter og krav om udvikling af systemisk tænkning, samt at rollernes indbyrdes forhold og hierarki gøres mere eksplicit.

Aktuelle rapport indeholder en ny justeret beskrivelse af de syv lægeroller, som vil kunne indgå i beskrivelsen og definitionen af en speciallæges kompetencer, som skal mestres efter gennemført speciallægeuddannelse.

## 1.1 Formål

Formålet med at foretage en revision af de syv lægeroller er at få en mere tidssvarende beskrivelse, som understøtter beskrivelsen af de lægelige kompetencer i den lægelige videreuddannelse og som opfylder behovet i det fremtidige danske sundhedsvæsen.

De justerede lægeroller vil kunne indgå i den generelle del af målbeskrivelsen i speciallægeuddannelsen udarbejdet af Sundhedsstyrelsen eller som et bilag hertil.

## 1.2 Rammer

De reviderede lægeroller i denne rapport bygger på konklusionerne fra arbejdsgruppen, som Sundhedsstyrelsen nedsatte i september 2012. Gruppens kommissorium fremgår af bilag A.

Arbejdsgruppen har udarbejdet en oversigt over lægerollebegrebet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens rapport: Speciallægeuddannelsen - status og perspektivering<sup>6</sup>, kapitel 10 og inddragelse af andet relevant materiale.

Af kommissoriet fremgår at:

- Rollebegrebet skal bevares, og der skal fortsat være 7 lægeroller: medicinsk ekspert, samarbejder, kommunikator, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel

- Alle lægeroller skal indgå i alle specialer, dermed skal beskrivelsen af rollerne give mening for alle specialer
- Rollernes indbyrdes sammenhæng og hierarki skal beskrives
- Der skal indgå etiske aspekter i rollerne

### 1.3 Tidsramme

Arbejdet er afsluttet ved udgangen af december 2012 og resultaterne kan ses i denne rapport

### 1.4 Rapportering

Rapporten er afleveret til det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse via Sundhedsstyrelsen.

### 1.5 Arbejdsgruppens sammensætning

Sundhedsstyrelsen har udpeget formand og medlemmer af arbejdsgruppen efter indstilling fra relevante aktører. Arbejdsgruppen har repræsentanter fra Videreuddannelsesregionerne, Universiteterne, Yngre Læger, De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

Bente Malling, Uddannelseskoordinerende overlæge, ph.d., MHPE, Postgraduat Klinisk Lektor, Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital. Udpeget af Aarhus Universitet & Videreuddannelsesregion Nord (formand for arbejdsgruppen).

Britta Ørnfelt Lund, Reservelæge, Klinisk Genetisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. Udpeget af Yngre Læger.

Charlotte Ringsted, Professor, ph.d, MHPE, Center for Medicinsk Uddannelse, Københavns Universitet og Region Hovedstaden, Rigshospitalet. Udpeget af Københavns Universitet.

Gunver Lillevang, Speciallæge, MHPE, Postgraduat Klinisk Lektor, Praktiserende læge, Roskilde. Udpeget af Videreuddannelsesregion Øst og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Lars Juhl Petersen, Vicedirektør, ph.d., Gentofte Hospital. Udpeget af Danske Regioner.

Ole Nørregaard, Overlæge, Respirationscenter Vest, Aarhus Universitetshospital. Udpeget af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS).

Randi Beier Holgersen, Uddannelsesansvarlig overlæge, MHPE, Postgraduat Klinisk Lektor, Kirurgisk afdeling, Hillerød Hospital. Udpeget af Københavns Universitet og Videreuddannelsesregion Øst.

Susanne Nøhr, Uddannelseskoordinerende overlæge, ph.d., MLP, Postgraduat Klinisk Lektor, Aalborg Universitetshospital. Udpeget af Videreuddannelsesregion Nord.

Troels Kodal, Overlæge, Postgraduat klinisk Lektor, Medicinsk afdeling, Sydvestjysk Sygehus. Udpeget af Videreuddannelsesregion Syd.

Sekretariat: Karen Geismar, Sundhedsstyrelsen

## 1.6 Arbejdsprocessen

Arbejdsgruppen har holdt 3 møder. Forud for første møde blev grundlæggende viden om de 7 lægeroller i internationalt og dansk perspektiv indhentet (se referenceliste og bilag B for uddybende litteraturliste). På første møde blev arbejdsform besluttet, og forskellige arbejdsopgaver såsom indhente / læse relevant litteratur og interview med relevante personer / grupper blev uddelegeret til arbejdsgruppens medlemmer. Andet møde var et 3-dages seminar, hvor første udgave af definition og beskrivelse af de 7 lægeroller blev udarbejdet. I denne proces blev Double Diamond Design Process anvendt<sup>7</sup>.

Cand.scient.soc. Charlotte Søjnæs og cand.psyk. Birgitte Dahl Petersen, begge fra Center for Klinisk Uddannelse, Københavns Universitet, bidrog på seminaret med inspiration fra nyligt afholdte International Conference on Residents Education, hvor de canadiske roller og kompetencebegrebet blev diskuteret.

Arbejdsgruppens formand udarbejdede herefter udkast til rapport, som blev diskuteret og revideret på det afsluttende møde. Endelig godkendelse fra arbejdsgruppens medlemmer indhentet via mailkorrespondance. Tidsplan

1. Udpegning af medlemmer af arbejdsgruppen september-oktober 2012
2. Opstartsmøde i Sundhedsstyrelsen den 23. oktober 2012 kl. 10.15-13
3. Seminar 12. - 14. november 2012
4. Afsluttende møde i Sundhedsstyrelsen den 4. december 2012 kl. 10.15-13
5. Mailrunde med endelig godkendelse af rapport afsluttet 23. december 2012
6. Rapport indsendt til Sundhedsstyrelsen 30. december 2012

## 2 Internationalt perspektiv

De 7 lægeroller, som danner grundlaget for specialernes beskrivelse af nødvendige kompetencer hos en speciallæge, er oprindeligt udviklet i Canada<sup>8</sup>. Den canadiske beskrivelse af rollerne og tilhørende kompetencer blev revideret i 2005<sup>9</sup>. Her fik etiske aspekter en større plads i rollebeskrivelserne. Samtidig medfører revisionen en accept af, at rollerne er indbyrdes afhængige, og at der er overlap mellem rollerne. Rollen medicinsk ekspert har i den canadiske model en central overordnet rolle, uden hvilken de andre roller ikke giver mening. Der er dermed et hierarki i den canadiske model, som ikke genfindes i den danske tolkning af lægerollerne som anvendes i dag.

Selv om de 7 lægeroller i Danmark bygger på den canadiske model, er det arbejdsgruppen ønske også at inddrage andre internationale modeller som den britiske "Modernising Medical Careers"<sup>10,11</sup> og den amerikanske beskrivelse af kernekompetencer fra Accreditation Council for Graduate Medical Education<sup>12</sup>. Tabel 1 viser indholdet i de tre modeller<sup>13</sup>.

Tabel 1. Indhold i curriculum udviklet i hhv. USA, UK og Canada

Content of the curriculum developed in United States of America (US), United Kingdom (UK) and Canada (CAN). The table describes the authorities behind the curriculum and the core competencies that the curriculum is built upon<sup>13</sup>

USA	UK	CAN og DK
ACGME ABMS	MMC PMETB	RCPSC
Six core competencies	Good medical practice	CanMEDS 7 roles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient care</li> <li>• Medical knowledge</li> <li>• Practice-based learning and improvement</li> <li>• Interpersonal and communication skills</li> <li>• Professionalism</li> <li>• Systems-based practice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technical skills</li> <li>• Medical expert</li> <li>• Non-technical skills</li> <li>• Professionalism</li> <li>• Communication</li> <li>• Leadership and management and teamwork</li> <li>• Patient safety</li> <li>• Research</li> <li>• Education and teaching</li> <li>• Integration of a balance of technical and non-technical skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical expert</li> <li>• Communicator</li> <li>• Collaborator</li> <li>• Manager</li> <li>• Health Advocate</li> <li>• Scholar</li> <li>• Professional</li> </ul> <p>CanMEDS roles revised in 2005 to increase integration between roles and to accentuate the ethical perspective</p>

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education; ABMS: American Board of Medical Specialties; MMC: Modernising Medical Careers; PMETB: Postgraduate Medical Education and



Training Board; RCPSC: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; CanMEDS: Canadian Medical Education Directions for Specialists.

Det, der adskiller den amerikanske model fra de to øvrige er kernekompetencerne ”practice-based learning and improvement” og ”systems-based Practice”. Med kernekompetencen ”practice-based learning and improvement” er der i den amerikanske model sat fokus på livslang læring (Continuous Professional Development, CPD). Denne egenskab genfindes i de andre modeller under professionalisme eller akademiker.

Begrebet ”systems-based practice” defineres i den amerikanske model som lægens evne til at se sin rolle i et større perspektiv (som et led i hele sundhedsvæsenet) og agere ud fra dette.. I den amerikanske definition indgår desuden lægens evne til at udnytte ressourcerne i systemet effektivt i varetagelse af den enkelte patient. I denne rolle ligger også lægens forpligtelse til at skabe optimale patientforløb og sikre patientsikkerheden.

Nogle mener at patientsikkerhed er så vigtigt et emne for læger, at dette derfor fortjener egen rolle<sup>14</sup>, sådan som det ses i den engelske model. I den canadiske model hører patientsikkerhed ind under leder/administratorrollen.

## 3 Arbejdsgruppens overvejelser

Der er forskellig opfattelse af de begreber, der knytter sig til definitionerne og indholdet af lægerollerne. Desuden er der, i aktuelle reviderede beskrivelse af rollerne tilkommet begreber, som ikke er omtalt i den tidligere beskrivelse af rollerne i speciallægekommisionens betænkning: Fremtidens Speciallæge<sup>1</sup>. Nedenfor følger en beskrivelse af anvendelsen af disse begreber, i arbejdsgruppens arbejde i forbindelse med revision af beskrivelsen af de 7 lægeroller.

### 3.1 Begrebsafklaring

#### 3.1.1 Rolle

I denne rapport er anvendt begrebet rolle i forståelsen: At lægen følger en vedtagen model for, hvordan en person i en bestemt funktion (lægegerningen), med en bestemt egenskab eller med en særlig kompetence ser ud og optræder. En rolle betegner også det adfærdsmønster, som en person eller en gruppe i en bestemt position i samfundet forventes at følge – her, det adfærdsmønster, som en læge forventes at følge<sup>15</sup>.

Med denne forståelse har vi lagt et samfundsvidenskabeligt syn på definitionen af lægerollerne, hvor rollebegrebet defineres som: Summen af de normer, der knytter sig til en bestemt opgave eller stilling. Rollen ligger som en ring af forventninger omkring den enkelte. Forventningerne kan udtrykkes i love, reglementer, forskrifter, instrukser, administrationsplaner o.l. Men rollen kan også være uformel og bestå af det sociale tryk, som andre personers forventninger skaber. Rollens nøgle ligger i opgaven eller stillingen (positionen). Det er de normer, der knytter sig til denne opgave eller stilling, der udgør en social rolle. Ved at kende en persons stilling kan der drages en række slutninger om de forventninger, som vil blive stillet til denne - både i form af pligter og tilladelser. Kender vi en persons titel, ved vi straks en hel del om de forventninger, som møder denne i forskellige situationer. Vi ved samtidig en del om hvordan vedkommende sandsynligvis vil opføre sig som svar på forventningerne<sup>16</sup>.

#### 3.1.2 Kerneopgave

Kerneopgave er defineret som den ydelse, der er grundlaget for arbejdspladsen. Lægens kerneopgave er, afhængigt af specialet, på forskellig vis at bidrage til udredning, diagnostik, behandling af sygdomme og rehabilitering, herunder varetage specielle lægelige undersøgelser (f.eks. epidemiologiske undersøgelser) og profylaktiske tiltag i sundhedsvæsenet.

#### 3.1.3 Kompetence

Den lægelige videreuddannelse bygger på målbeskrivelser, der beskriver de kompetencer, som en speciallæge skal have. Begrebet kompetence er lægens evne til at udføre de opgaver, og udfylde de roller, som forventes på et givet tidspunkt i lægens professionelle udvikling<sup>17</sup>. I rapporten er anvendt kompetence i forståelsen: viden, færdigheder og holdning<sup>17</sup>. Kompetence omfatter derfor

1. Viden og færdigheder

2. Evne til at omsætte viden og færdigheder samt udnytte personlige evner i praksis. Dette refererer til det, der de facto gøres i en konkret situation.
3. Personlige evner og holdninger

Begrebet kompetence indeholder dermed ikke kun det en person ved og kan gøre under ideelle omstændigheder, men hvad en læge gør i det daglige arbejde. Kompetence er således kontekstafhængig og bygger på lægens erfaring.

En kompetence er således ikke blot en lægefaglig færdighed (medicinsk ekspert), men indeholder endvidere elementer af de andre roller. På samme vis kan man ikke alene se på f.eks. samarbejderollen, idet denne ikke har mening, uden at den vurderes i sammenhæng med udøvelse af lægefaget. Rollerne bliver således integreret i hinanden på en række måder. Denne forståelse er anvendt i beskrivelsen af de overordnede kompetencer under hver af de 7 lægeroller.

#### 3.1.4 Kompetencevurdering

Med speciallægereformen i 2004 blev der indført en kombination af tids- og målstyret lægelig videreuddannelse<sup>1</sup>. Kompetencevurdering er en essentiel del af en målstyret uddannelse, og specialeselskaberne har i målbeskrivelserne defineret hvilke kompetencer, en speciallæge skal mestre. Som led i godkendelsen af speciallægeuddannelsen indgår derfor vurdering af den enkelte læges kompetencer på forskelligt niveau og ved brug af forskellige metoder. Kompetencevurdering bør indeholde alle de 3 elementer, der er beskrevet under kompetence 1) viden og færdigheder, 2) evne til at omsætte viden og færdigheder samt udnytte personlige evner i praksis og 3) personlige evner og holdninger. Samtidig bør kompetencevurdering tage specifikt højde for den kontekst kompetencen vurderes i. Såvel opnåelse af kompetence som kompetencevurderingen finder sted i det daglige arbejde.

#### Entrustable professional activities

Entrustable Professional Activities (EPA), direkte oversat - overdragelse af professionelle aktiviteter - er en måde at se kompetencevurdering i sammenhæng med, hvad man kan lade en læge under uddannelse udføre på egen hånd. I forbindelse med kompetencevurderingen skal lægen vise, at han/hun mestrer en lægefaglig arbejdsituation, før den pågældende bliver betroet at udføre denne opgave selvstændigt<sup>18,19</sup>. Begrebet er ikke nyt, således indførte specialet anæstesiologi allerede i år 2000 kompetencevurderinger som ”kørekort” eller ”flyvefærdigheder” hos yngre læger<sup>20</sup>. Flere specialer fulgte denne fremgangsmåde i beskrivelse af deres kompetencevurderingsprogram<sup>21,22,23,24</sup>

Beskrivelsen af daglige lægefaglige arbejdsituationer som baggrund for vurdering af kompetencer hænger godt sammen med at se de 7 lægeroller ud fra kliniske arbejdsituationer, som det bliver foreslået i denne rapport. I de senere år er denne tankegang blevet fremherskende, og det er da også den måde de fleste selskaber i de nyere målbeskrivelser og porteføljer ser kompetencevurdering. Denne tilgang til kompetencevurderingen vil gøre det muligt for de enkelte selskaber at indføre milepæle i den lægelige videreuddannelse, fordi man kan designe sine kompetencevurderinger så de passer på forskellige trin af uddannelsen.

### 3.1.5 Systemisk tænkning

En læge arbejder ikke alene, men er en del af et større sundhedssystem. De forskellige lægeroller og tilhørende kompetencer understøtter beskrivelsen af de forventninger, der er til lægens opmærksomhed på det samlede sundhedsvæsen og måden hvorpå lægens arbejde indgår som en del af et større system (systemisk tænkning). Systemisk tænkning fokuserer på måden,

- hvorpå et systems dele indbyrdes agerer/relaterer
- hvordan systemet arbejder over tid og
- hvordan systemet agerer indenfor konteksten af et større system

Begivenheder, der kunne opfattes som adskilte i tid og sted, er således bundet sammen i det samme mønster. Eksempelvis er behandling af en tilskadekommet på hospitalet en begivenhed, der er adskilt fra alle andre begivenheder, - alligevel er den bundet sammen med den måde vi organiserer akutservice, meldesystemer, transport af tilskadekomne, hospitalsvæsen, genoptræning osv.

Systemisk tænkning er desuden et holistisk tankesæt til at foretage analyser. Systemisk tænkning står i kontrast til traditionelle analysemetoder, hvor systemet bliver brudt ned i enkeltdelene og hvor enkeltdelene analyseres<sup>25</sup>.

### 3.1.6 Patient empowerment

Samarbejdet med patient og pårørende er en meget vigtig del af lægegeringen. De forskellige roller og tilhørende kompetencebeskrivelser danner grundlaget for at lægen er i stand til at inddrage patient og eventuelt pårørende mest muligt i udredning, behandling og rehabilitering, og medvirker til at patienten kan tage vare på egen sygdom og sundhed.

Konceptet patient empowerment beskriver den sociale proces hvorigennem patienter erkender og øger deres muligheder for at imødekomme egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressourcer til selv at tage kontrol over eget liv og helbred<sup>26</sup>. Dermed er processen en hjælp til patienten og bidrager til at patienten tager kontrol over de faktorer, der påvirker helbredet<sup>27</sup>, og dermed ændrer egen livsbane, en slags "practice of freedom"<sup>28</sup>.

## 3.2 Udgangspunkt for beskrivelse af roller – de lægelige arbejdssituationer

Arbejdsgruppen har i processen arbejdet med definition og beskrivelse af lægerollerne ud fra lægelige problemstillinger og arbejdssituationer. I speciallægekommisionens betænkning, Fremtidens speciallæge fra 2000<sup>1</sup>, tages udgangspunkt i lægerollen, og specialeselskabernes opgave blev herefter at relatere lægelige arbejdssituationer til disse roller. At anvende rollerne som udgangspunkt i definitionen af speciallægekompentence har medført en opfattelse af, at opdeling i roller var kunstig og irrelevant i det lægelige arbejde. Samtidig har det skabt en debat om, hvorvidt alle specialer indeholdt alle roller.

Det, at tage udgangspunkt i daglige lægelige arbejdsituationer i stedet for roller i beskrivelse af mål i den lægelige videreuddannelse, ses klart i de nyligt reviderede målbeskrivelser. Det betyder ikke, at de roller, som er blevet en integreret del af lægefagligheden og hvis begrebsvaliditet er dokumenteret i dansk kontekst<sup>3</sup>, ikke længere er relevante. Tværtimod er rollerne en hjælp til at definere mål, som beskriver lægegeringen.

At se de 7 lægeroller med tilhørende kompetencer ud fra daglige lægelige problemstillinger vil gøre det relevant at anvende en mere holistisk tilgang til kompetencevurderingen, f.eks. ved at se kompetencevurderingen som tilladelse til at udføre opgaven selvstændigt (EPA jf.4.1.4)<sup>18,20</sup>.

### 3.3 Nomenklatur

Oversættelsen fra de oprindelige canadiske roller til de danske roller: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel, har været til debat. Gruppen har haft overvejelser om, at give rollerne mere dækkende navne, men har bevidst beholdt de oprindelige betegnelser, da disse er vel integreret i den lægelige kultur. I stedet har de oprindelige navne i nogle tilfælde fået et suffiks, hvor det har været nødvendigt, for at skabe en bredere forståelse.

#### 3.3.1 Rollebetegnelse

Nedenstående tabel viser den canadiske rollebetegnelse og den danske rollebetegnelse fra år 2000 sammenlignet med den rollebetegnelse, arbejdsgruppen foreslår indført.

Tabel 2. Oversigt over revideret betegnelse for de 7 lægeroller

<b>Rollebetegnelse 2000* (CanMEDS rolle)</b>	<b>Rollebetegnelse 2012 Ny betegnelse</b>	<b>Overvejelser, der ligger til grund for rollebetegnelsen</b>
Medicinsk ekspert (Medical expert)	Medicinsk ekspert /lægefaglig	Medicinsk ekspert kan fejlagtigt opfattes som omfattende de intern medicinske specialer, eller som viden om og brug af lægemidler. Det engelske ord medical skal snarere oversættes med "lægefaglig"
Kommunikator (Communicator)	Kommunikator	Uændret. Lægens behov for at kunne kommunikere i forskellige sammenhænge er intuitivt let at forstå og tolke. Kommunikatorrollen vil i den reviderede udgave medtage såvel mundtlig som skriftlig kommunikation
Samarbejder (Collaborator)	Samarbejder	Uændret. Lægens arbejde foregår altid i samarbejde med andre på forskellige niveauer (patient, pårørende, behandlerteamet, andre læger / afdelinger etc). Rollen er derfor intuitivt let at forstå og tolke.

Leder / administrator (Manager)	Leder / administrator / organisator	Tolkningen af rollen <i>Manager</i> har medført, at der er kommet fokus på såvel ledelse som administration. Begge nødvendige elementer i god ledelse ("management"). Yngre læger finder at lederrollen omfatter "ledelse af mennesker" <sup>29</sup> Samtidig har ordet administration været tolket meget bogstaveligt og yngre læger mener ikke, de oplæres i dette <sup>5</sup> . Begrebet organisator giver formentlig mere mening i daglig kontekst
Sundhedsfremmer (Health Advocate)	Sundhedsfremmer	Uændret. <i>Health Advocate</i> er oversat til sundhedsfremmer og har dermed fået betydningen: en der promoverer eller rådgiver om sundhed. Imidlertid indikerer "advocate" at man ud over at være <i>fortaler for</i> også er <i>talsmand for</i> , og dermed i visse sammenhænge kunne være talsmand for grupper af patienter. Begrebet sundhedsfremmer, har været vanskeligt for nogle specialer at forholde sig til, og selv om rollen blev beskrevet på såvel individ- som organisations- og samfundsniveau har den i praksis været tolket alene på individniveau. Imidlertid bidrager alle læger med sundhedsfremmende tiltag på alle niveauer, og rollebetegnelsen er derfor ikke ændret.
Akademiker (Scholar)	Akademiker / forsker og underviser	" <i>Scholar</i> " betyder "lærd", men kan også betyde videnskabsmand, elev, stipendiat alt efter sammenhængen. I overført betydning endvidere at følge evidensbaserede retningslinjer. Oversættelsen til "akademiker" har givet anledning til, at elementerne omkring livslang læring og forpligtelsen til at sikre uddannelse af kommende generationer er faldet ud af denne rolle i praksis. Den har dermed alene været tolket som forskning eller anvendelse af forskningsresultater, hvorfor vi har valgt at eksplicitere underviserkomponenten.
Professionel (Professional)	Professionel	Uændret. Rollen som professionel opleves anderledes end de andre rolle <sup>30</sup> . Der findes ikke en entydig definition af denne rolle, og alligevel er det ikke svært at definere uprofessionel adfærd. Rollen kan vanskeligt skilles fra de andre roller, fordi den ikke kan stå alene, men kun udøves gennem, eller understøtte de andre roller.

\*Fremtidens speciallæge. Speciallægekommissionens rapport; 2000<sup>1</sup>  
CanMEDS rollen er de oprindelige canadiske betegnelser for rollerne<sup>8</sup>

### 3.3.2 Lægens kerneopgaver

Den oprindelige beskrivelse af de 7 lægeroller var meget patientrelateret. Imidlertid har visse specialer og læger en del opgaver, som relaterer sig mere indirekte til en patient (visse tværgående specialer, hvor den primære opgave relaterer sig til eksempelvis blodprøver, præparater, opsamlede data, arbejdsmiljø etc.) – og ikke alle, der konsulterer en læge, er syge og dermed patienter i gængs forstand (feks profylaktiske undersøgelser, screening etc.).

At anvende betegnelsen patient har for nogle virket begrænsende og konservativt. Arbejdsgruppen har diskuteret brugen af en anden betegnelse bl.a. bruger, borger, klient eller lignende, men har bevaret brugen af ”patient”, fordi det er kernen i lægegerningen at udrede, diagnosticere, behandle og rehabiliterer – og dermed er vores kerneopgave rettet mod patienter, også når vi deltager i profylaktiske tiltag, hvor formålet er at mindske antallet af patienter, samt når vi medvirker til patientforløb med parakliniske undersøgelser og diagnostik.

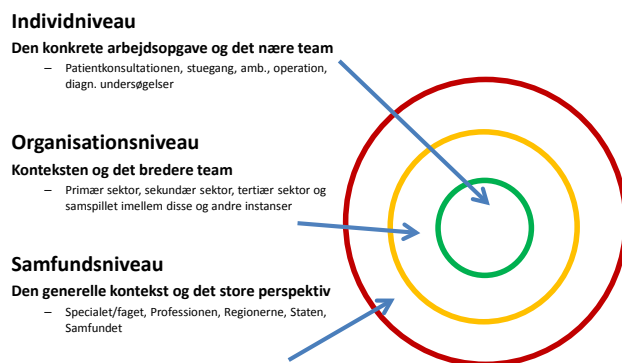
## 4 Model for beskrivelse af lægerollerne

Arbejdsgruppen finder at rollerne skal beskrives ud fra samfundets perspektiv, og at beskrivelsen af rollerne skal dække forventninger til alle speciallæger, uanset speciale.

I speciallægekommisionens definition af rollerne er sundhedsfremmerrollen beskrevet på individ-, gruppe- og samfundsniveau. Arbejdsgruppen finder at denne inddeling i niveauer i de øvrige roller kunne bidrage til udvikling af organisatorisk indsigt hos kommende speciallæger, og gøre det naturligt at inddrage perspektiver som patientsikkerhed, patientforløb, systemisk tænkning og kvalitetsperspektivet i det lægelige arbejde<sup>9,12,31,32,33</sup>. Dette kunne understøtte lægens rolle i tværfaglige sammenhænge og i samarbejdet på tværs af specialer og sektorer. Samtidig kunne det understøtte ønsket om indførelse af milepæle i speciallægeuddannelsen<sup>33</sup>, der indtil nu har været beskrevet med slutkompetencer, dvs ”det” en speciallæge skal kunne. Inddelingen i tre niveauer medvirker til at skærpe lægens rolle i samfundet og vise kompleksiteten i lægefaget. Inddelingen er med til at påpege nødvendigheden af at oparbejde professionel og loyal adfærd overfor de mange interesser og interessenter i udøvelse af lægegerningen (f.eks. patienten, afdelingen, hospitalet, samfundet og lægen selv)<sup>34,35,36,37,38,39,40</sup>.

I modellen til beskrivelse af lægerollerne er der taget udgangspunkt i daglige lægelige situationer. Den enkelte lægerolle er beskrevet i en kort overordnet definition af rollen. Modellen opdeler lægeligt arbejde på individ-, organisations- og samfundsniveau. Ud over den korte samlende definition er der for hver lægerolle defineret kompetencer svarende til de tre niveauer. Disse kompetencebeskrivelser er helt overordnede. Sammen med de overordnede kompetencebeskrivelser er givet eksempler på, hvad der kunne ligge i de enkelte roller på de forskellige niveauer. Disse beskrivelser og eksempler kan hjælpe specialerne i udarbejdelse af målbeskrivelser, porteføljer, faglige profiler og kompetencevurderingsprogrammer. Figur 1 viser modellen, der er udviklet til beskrivelse af de overordnede kompetencer i forhold til hver enkelt rolle.

Figur 1. Model for niveauopdeling af lægeligt arbejde



De tre niveauer er ikke nødvendigvis sammenhængende med lægens erfaring eller udtryk for kompetencetilvækst. De konkrete arbejdsopgaver på individniveau kan



indeholde enkle lægefaglige problemstillinger, som kan varetages tidligt i speciallægeuddannelsen, men kan også repræsentere svære komplicerede problemstillinger, som kræver stor ekspertise og erfaring at løse.

På den anden side vil lægen tidligt i uddannelsesforløbet ofte have svært ved at se hele lægegerningen i kontekst og dermed på alle tre niveauer. Det kan således være en ledetråd for beskrivelse af kompetencetilvækst i nogle specialer, at følge modellen på en måde, så lægen først erhverver kompetence til at varetage enkle problemstillinger, involverende en enkelt patientsituation/arbejdsopgave sammen med få samarbejdspartnere. Herefter kan inddrages patientgrupper og/eller mere komplekse arbejdssammenhænge omfattende flere samarbejdspartnere både i egen organisation og på tværs af sektorer. I slutningen af speciallægeuddannelsen skal lægen have erhvervet kompetencer, der viser, at lægen har opnået systemisk tænkning og kan se egen rolle i en større sammenhæng i samfundet og internationalt.

Det bliver således muligt at gå frem og tilbage mellem niveauerne afhængig af arbejdsopgavens karakter.

## 4.1 Rollerne i kontekst

Rollernes indbyrdes sammenhæng har givet anledning til diskussion om, hvorvidt disse roller kan skilles ad og hvorvidt lægen kan agere som medicinsk ekspert/lægefaglig, uden at de andre roller er til stede og modsat, om det for eksempel gav mening at agere som kommunikator uden at inkludere rollen medicinsk ekspert/lægefaglig. For de fleste er rollen som medicinsk ekspert/lægefaglig den centrale rolle – det, der gør os til læger – mens de andre roller beskriver, hvordan vores lægefaglighed anvendes i det daglige arbejde – herunder hvorvidt en læge opfattes som professionel. Ved at tage udgangspunkt i den daglige arbejdssituation, som læger befinder sig i – og dermed relatere rollerne til den kontekst, hvori de udøves, - er det arbejdsgruppens intention at gøre rollerne mere virkelighedsnære og dermed mere meningsfulde for den enkelte læge i dagligdagen.

Det er blevet påpeget, at det etiske aspekt i rollerne mangler i den danske beskrivelse af rollernes indhold<sup>41</sup>. I Canada medførte revisionen af de 7 lægeroller i 2005, at det etiske aspekt fik en mere fremtrædende plads i beskrivelsen af lægerollerne<sup>9</sup>. Det er arbejdsgruppens intention, at få det etiske aspekt med i alle lægerollerne, selv om det kunne opfattes som hørende til den professionelle rolle. De læge-etiske regler<sup>42</sup>, som er defineret af den lægelige profession, minder meget om de regler for god lægelig adfærd, som er beskrevet i ”The Physician Charter”<sup>43</sup>, som flere lande har tilsluttet sig, eller den engelske beskrivelse af ”The Good Medical Doctor”, som er lavet af General Medical Council, UK<sup>11</sup>. Reglerne forholder sig til, hvordan en læge bør opføre sig. Imidlertid er etik mere end regler om opførsel, ligesom den professionelle rolle spænder videre end til beskrivelse af adfærd<sup>14</sup>.

Alle læger aflægger lægeløftet og tilslutter sig dermed et etisk kodeks, som skal være fremtrædende i lægens arbejde. Af lægeløftet fremgår det, at man forpligter sig på: *Stedse at lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn*<sup>34</sup>. Selv om vi i Danmark aflægger lægeløftet, har arbejdsgruppen ønsket at lade etik få en mere fremtrædende plads. Dermed kan rollerne virke holdningsdannende, og medvirke til den enkelte læges professionelle udvikling.

Et vigtigt element i speciallægeuddannelsen er at inddrage problematikken omkring lægens forpligtelse til også at tage vare på egen sundhed i rollerne. Dermed er begrebet altruisme, som beskriver hvordan lægen altid først skal tage hensyn til patientens vel og ve, blødt op. Det stigende fokus i samfundet på bevidsthed omkring adskillelse af arbejds- og fritidsliv som medvirkende til bevarelse af sundhed, er således inddraget i rollebeskrivelsen.

Der er betydeligt overlap mellem de 7 roller. Derfor er der elementer i rollerne, som kan passe ind under mere end en rolle. Samtidig har det været nødvendigt at skille rollerne fra hinanden, som en hjælp til specialeselskabernes udarbejdelse af målbeskrivelser, porteføljer, kompetencevurderingsprogrammer og faglige profiler. Arbejdsgruppen har bestræbt sig på at placere rollerne så intuitivt naturligt som muligt og at efterkomme så mange ønsker som muligt, men samtidigt tilgodese at så få elementer som muligt flyttes fra den oprindelige placering. Dette er gjort vel vidende, at disse roller er indbyrdes afhængige og sammenhængende og at det kan diskuteres, hvorvidt en kompetence hører til under denne eller hin rolle.

I tabel 3 er vist hvordan de forskellige elementer i lægearbejdet er fordelt på rollerne:

**Tabel 3. Oversigt over fordeling af elementer på de 7 lægeroller**

<b>Rollebetegnelse 2012</b>	<b>Elementer</b>
Medicinsk ekspert / lægefaglig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lægevidenskabelig viden, færdighed og holdning (kompetence)</li> <li>• Udredning, diagnostik og behandling</li> <li>• Lægefaglige prioriteringer</li> <li>• Identifikation og løsning af sundhedsfaglige problemstillinger</li> </ul>
Kommunikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialog med patient / pårørende / fagfæller og andre samarbejdspartnere</li> <li>• Formidling af faglige problemstillinger (metoder og medier)</li> <li>• Beherskelse af forskellige medier (talte, skrevne og visuelle)</li> </ul>
Samarbejder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientrelateret / tværfagligt samarbejde</li> <li>• Patient empowerment</li> <li>• Teamsamarbejde (leder og teammedlem)</li> </ul>
Leder / administrator / organisator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritering (egen og andres tid)</li> <li>• Patientforløb på tværs af afdelinger og sektorer</li> <li>• Mødeledelse</li> <li>• Konflikt håndtering</li> <li>• Formelle organisatoriske poster</li> <li>• Patientsikkerhed</li> <li>• Kvalitetsarbejde</li> </ul>

Sundhedsfremmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vejledning og rådgivning om sundhedsfremmende initiativer</li> <li>• Reaktion på tilbagevendende skadevoldende / sygdomsfremkaldende faktorer</li> <li>• Profylakse</li> <li>• Sundhedsfremmende tiltag</li> </ul>
Akademiker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleksiv tilgang til egen og andres praksis</li> <li>• Evidensbaseret viden og omsætning af forskning til praksis</li> <li>• Forsknings- og udviklingsprojekter</li> <li>• Ansvar for egen læring (livslang læring)</li> <li>• Undervisning &amp; uddannelsesmiljø</li> </ul>
Professionel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omhu og samvittighedsfuldhed</li> <li>• Forvaltning af faglighed i overensstemmelse med lægeløfte og lovgivning</li> <li>• Beslutningstagen på baggrund af begrænset information</li> <li>• Patientens autonomi</li> <li>• Rollemodel</li> <li>• Egne grænser</li> <li>• Ethiske dilemmaer</li> <li>• Velafbalanceret forhold mellem arbejds- og privatliv</li> </ul>

## 4.2 Rollernes hierarki

I den canadiske opfattelse af rollerne er rollen medicinsk ekspert / lægefaglig placeret centralt og den betragtes som rollen *sine qua non*. De andre roller er støtteroller, som bringes i anvendelse, når lægen anvender sin lægefaglighed. Canadierne har billedliggjort rollerne i en stiliseret blomst, hvor medicinsk ekspert / lægefaglig er i centrum og de andre roller placeret udenom, som ligeværdige.

Figur 2. Skematisk illustration af samspillet mellem de 7 lægeroller CanMEDS.

## De syv speciallægeroller



Copyright © 2009 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.  
<http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Gengivet med tilladelse.

Arbejdsgruppen har diskuteret rollernes indbyrdes hierarki, og konkluderer, at der ikke er nogen af rollerne, der ligger over/under nogen af de andre roller. Samtidig er der ingen af rollerne, der kan stå alene, de er altid en delmængde af alle de andre roller.

Roller medicinsk ekspert/lægefaglig er den centrale rolle – det, der gør os til læger. Dermed lægger vi os op ad den canadiske opfattelse af denne rolle. De øvrige roller er nødvendige for at rollen medicinsk ekspert / lægefaglig kommer til udtryk, også dette er i overensstemmelse med canadiernes opfattelse af rollerne. Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse at figurliggørelse i en blomst ikke helt dækker rollernes indbyrdes afhængighed idet arbejdsgruppen mener, at den professionelle rolle opfattes som værende anderledes end de øvrige roller<sup>30,44</sup>, og burde placeres som en rolle der omslutter og understøtter de andre roller. Man kunne derfor overveje at designe en dansk figur af lægerollerne og deres indbyrdes sammenhæng.

### 4.3 Specialernes brug af roller

De enkelte specialer skal i målbeskrivelsen beskrive konkrete mål for hvad en speciallæge skal have af kompetencer indenfor alle 7 lægeroller i det pågældende speciale. Det afsæt, definitionen og beskrivelsen af rollerne har taget i lægelige problemstillinger og arbejdssituationer, har gjort det muligt at give eksempler på forskellige lægelige arbejdssituationer i beskrivelsen af kompetencerne på henholdsvis individ-, organisations- og samfundsniveau. Dette kan være en hjælp for specialerne i udarbejdelse af konkrete mål og i udarbejdelse af specialets kompetencevurderingsprogram. Det vil være naturligt at udarbejde kompetencevurderinger, der tester den viden, de færdigheder og holdninger, som kræves for at mestre en lægefag-

lig problemstilling. Herved tydeliggøres at flere roller kan kompetencevurderes samtidigt. Dette kan gøres ved at bruge for eksempel modellen EPA (jf.4.1.4) som udgangspunkt for kompetencevurderingen<sup>18</sup>.

Den reviderede beskrivelse af lægerollerne med tilhørende overordnede kompetencer vil også gøre det muligt at indføje milepæle i beskrivelsen af speciallægeuddannelsen. Noget som efterspørges, og som har været oplevet som vanskeligt, fordi målbeskrivelserne definerer slutmål – det, en færdig speciallæge skal kunne mestre. Visualiseringen af progressionens dynamik i læreprocessen går dermed tabt. Indførelse af milepæle kan ske ved at kombinere den niveaudelte kompetencebeskrivelse med brugen af EPA i kompetencevurderingsprogrammet.

Den reviderede beskrivelse af lægerollerne vil ligeledes kunne støtte de enkelte specialer i at beskrive specialets faglige profil, og i at monitorere den uddannelsessøgendes tiltagende kompetenceerhvervelse og kompetencemestring – specielt hvis man indfører milepæle.

## 5 Definition af de 7 lægeroller

### 5.1 Medicinsk ekspert / lægefaglig

Lægens rolle som medicinsk ekspert/lægefaglig er at varetage diagnostiske/terapeutiske opgaver, som omfatter styring af situationer, hvor der skal foretages lægefaglige prioriteringer og beslutninger. Et særkende er, at opgaverne i sundhedsvæsenet ofte er komplekse og uforudsigelige. I nogle tilfælde må prioriteringer og beslutninger baseres på mangelfulde oplysninger og usikkerhed om evidens og bedste praksis. Der kræves kreative løsningsmodeller, som tager udgangspunkt i sundhedsvidenskabelig viden, færdighed og evner.

### 5.2 Kommunikator

Lægens rolle som kommunikator er at formidle faglige problemstillinger og løsningsmodeller i en respektfuld dialog med relevante parter som patienter/pårørende, fagfæller og andre samarbejdspartnere. Dialogen foregår i såvel det talte, det skrevne som det visuelle medie. Lægens bidrag i dialogen er baseret på de involverede parter informationer og forståelser og den samlede erfaringsbaserede viden kombineret med den lægefaglige forskningsbaserede viden inden for området. Udgangspunktet for lægens kommunikation er evnen og viljen til at se, lytte til, forstå og respektere sine medmennesker.

### 5.3 Samarbejder

Lægens rolle som samarbejder er at tage initiativ til, deltage i og gennemføre fagligt og tværfagligt samarbejde/teamsamarbejde i varetagelse af kerneopgaven på individ- organisations- og samfundsniveau. Dette skal foregå med forståelse for og i respekt for de involveredes forskellighed.

### 5.4 Leder / administrator / organisator

Lægens rolle som leder/administrator/organisator omfatter personligt lederskab og ledelse af andre, organisering af arbejdet og prioritering af tilgængelige ressourcer (administrativ ledelse) samt faglig ledelse og strategisk ledelse - udført i den individuelle udøvelse af faget samt på organisations- og samfundsniveau.

### 5.5 Sundhedsfremmer

Lægens rolle som sundhedsfremmer er at motivere og yde indflydelse på det enkelte individs og systemets sundhedsadfærd gennem vejledning og rådgivning, samt initiere og gennemføre relevante profylaktiske tiltag. Lægen skal i sit daglige arbejde opfange og agere på relevante problemstillinger og promovere sundhedsfremmende indsatser. Lægen skal medvirke til at skabe rammer, der gør det muligt for den enkelte at tage ansvar for egen og andres sundhed.

### 5.6 Akademiker / forsker og underviser

Lægens rolle som akademiker/forsker og underviser er at omsætte forskning til evidensbaseret klinik. Lægen skal forholde sig undrende og stille spørgsmål til egen og andres praksis samt anvende en videnskabelig tilgang i besvarelse af disse. Lægen skal bidrage aktivt til udvikling af faget gennem deltagelse i forsknings- og

udviklingsprojekter, og til enhver tid holde sig opdateret og formidle sin viden på alle niveauer. Lægen anvender relevante uddannelsesmetoder og forpligter sig til at bidrage til et positivt uddannelsesmiljø.

## 5.7 Professionel

Lægens rolle som professionel er at forvalte sin faglighed i overensstemmelse med lægeløftet, lovgivningen og egen personlige integritet. Udfordringen er nødvendigheden af, at udføre dette i erkendelse af de etiske dilemmaer samt den kompleksitet, uklarhed og usikkerhed, der opstår i daglig praksis. Lægen respekterer patienters integritet og autonomi og handler efter bedste skøn til gavn for patienten/samarbejdspartneren, organisationen og samfundet. Lægen er bevidst om at være rollemodel for andre, erkende grænse for egen formåen og opsøge fornøden assistance ved behov.

## 6 Uddybning af lægerollerne - overordnede kompetencer på individ-, organisations- og samfundsniveau

### 6.1 Medicinsk ekspert / lægefaglig

#### 6.1.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal anvende viden, der som udgangspunkt er baseret på højeste internationale forskning inden for eget fagområde i den konkrete situation. Lægen skal varetage og mestre den konkrete arbejdsopgave i samarbejde med patient/pårørende og relevante parter i henhold til gældende standarder for kvalitet. Desuden skal lægen kende til alternative strategier og begrunde valg af strategi i forhold til eget kompetenceniveau samt patientens situationsbestemte behov og den kontekst, som opgaven skal varetages i. Lægen skal identificere og reagere adækvat på etiske problemstillinger, som opstår i varetagelsen af den konkrete opgave.

F.eks. Styre og mestre patientkonsultation, diagnostisk undersøgelse, behandling / procedure og opfølgning, herunder inddragelse af patientens ønsker, forståelse og livssituation. Applicere etiske principper i daglige problemstillinger.

#### 6.1.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal forstå og på videnskabeligt grundlag reflektere over egen og andres praksis, og skal vurdere og vælge, hvordan de konkrete arbejdsopgaver håndteres i samarbejdet med det bredere team, og på tværs af de afdelinger, sektorer og instanser, der er involveret. Lægen skal på baggrund af lægefaglig viden, færdighed og evne kunne foretage analyse og fremsætte forslag til optimering af praksis.

F.eks. Styre og gennemføre stuegang, ambulatorium, laboratorium, modtagelse, operationsgang, herunder prioritering af patienter og allokering af ressourcer. Mestre tværgående specifikke funktioner og ansvarsområder som patientforløb, konferencer, vagt.

#### 6.1.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal varetage konsulentfunktion ved at bidrage med lægefaglig ekspertise til at identificere sundhedsfaglige problemstillinger og løsningsmodeller i relation til f.eks. specialet/faget, professionen, andre faggrupper og ikke-faglige interessenter samt regioner, samfundet, nationalt og internationalt.

F.eks. Tage ansvar for tilsyn og vejledning/rådgivning i andre specialer, institutioner, m.m. Rådgive politikere/instanser.

### 6.2 Kommunikator

#### 6.2.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal med udgangspunkt i forståelse og respekt for sine medmennesker beherske et bredt udvalg af metoder og medier til dialog og formidling. Lægen skal



applicere disse i relation til de involverede parter forudsætninger, ønsker og behov i varetagelsen af den enkelte konkrete arbejdsopgave i samarbejde med det nære team.

F.eks. Mestre mundtlig og skriftlig kommunikation med patienter og pårørende, herunder varetage den vanskelige samtale / svære besked. Mestre mundtlig og skriftlig kommunikation med samarbejdspartnere (fremlægelse af problemstillinger, overlevering af besked / information, konferere omkring patient / prøvesvar, sikker kommunikation ISBAR eller closed loop kommunikation). Mestre korrekt journalføring, have viden om og anvende IT systemer som elektronisk patientjournal, e-mail, telekommunikative systemer, billeddannende og nonverbale kommunikationsformer.

### 6.2.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal beherske et bredt udvalg af metoder og medier til formidling og dialog med fagfæller, andre professioner og ikke-fagfæller i den bredere kontekst på tværs af afdelinger, sektorer og instanser involveret i de konkrete arbejdsopgaver.

F.eks. Mestre mundtlig og skriftlig kommunikation i varetagelse af lægefaglige problemstillinger (instrukser, epikriser, henvisninger). Have viden om forskellige former for kommunikative metoder, herunder nonverbale kommunikationsformer. Varetage tværfaglige og/eller multiprofessionelle konferencer. Have viden om og anvende databaser, netværkssystemer (IT- eller ikke IT baserede), telekommunikative systemer og billeddannende medier.

### 6.2.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal beherske et bredt udvalg af metoder og medier til formidling af den lægefaglig forskningsbaseret viden og skal kunne diskutere professionelle og videnskabelige problemstillinger med specialet/faget, professionen, regioner, samfundet samt internationalt i en generel kontekst.

F.eks. Udforme patientvejledninger og andet oplysende materiale. Formidle via videnskabelige artikler, foredrag, posters, og lignende, samt deltage i oplysningskampagner. Anvende sociale IT-medier (Facebook, Twitter, LinkedIn etc.).

## 6.3 Samarbejder

### 6.3.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal initiere og gennemføre patientrelateret / tværfagligt samarbejde rettet mod den konkrete opgave under anvendelse af den tilstedeværende ekspertise. Dette kan foregå i teams, og lægen har ansvar for at sikre, at alle i teamet kender mål, roller og ansvar. Lægen skal etablere systemer til at optimere kvaliteten i samarbejdet og sikre konstruktiv feedback samarbejdspartnerne imellem. Lægen skal forstå og vælge relevante tiltag til patient empowerment.

F.eks. Forhandle fælles agenda eller behandlingsplan med patienten og bidrage til at patienten kan tage vare på egen behandling (bliver ekspert i egen sygdom) og eget helbred. Arbejde sammen med relevante parter i udvikling af stuegang, ambulatorium, indenfor et operationsteam og ved

overflytning, indlæggelse, udskrivning af en patient. Arbejde sammen med andre faggrupper og andre specialer ved tværfaglige konferencer.

### 6.3.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal samarbejde i det bredere multiprofessionelle team på tværs af afdelinger, sektorer, og instanser involveret i de konkrete arbejdsopgaver. Lægen skal identificere opgaverrelaterede samarbejdspartnere og deres ressourcer og afklare roller og ansvar samt medvirke til optimering af løsning af arbejdsopgaver/ arbejds gange og til udvikling af faglighed i organisationen.

F.eks. Indhente / afgive prøvesvar. Sikre og medvirke til hensigtsmæssige patientforløb. Samarbejde med eksterne samarbejdspartnere i kommuner og andre sektorer, herunder sikre at der ikke sker misforståelser og tab af væsentlig information ved sektorovergange.

### 6.3.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal samarbejde på regionalt, nationalt og internationalt niveau inddragende forskellige sundhedsfaglige aktører med det formål at skabe det bedst mulige resultat og udvikle det enkelte speciale og det samlede sundhedsfaglige tilbud.

F.eks. Indgå i samarbejdsrelationer i lokale, regionale, nationale og internationale netværk, fora og råd.

## 6.4 Leder / administrator / organisator

### 6.4.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal prioritere egen og andres tid og tilgængelige ressourcer indenfor de givne rammer for løsning af den konkrete opgave. Lægen skal lede behandlingsteams, men også deltage konstruktivt i teamarbejdet som teammedlem. Lægen skal have viden om konflikthåndtering og kan agere i henhold hertil. Lægen skal forstå og bidrage til kvalitetsudvikling.

F.eks. Administrere egen tid og egne opgaver. Arbejde struktureret, prioritere opgaver og tage beslutninger, dvs. lede i forbindelse med akutte situationer, lede stuegang, ambulatorium og vagtarbejde. Påtage sig en lederrolle og kende til forhold af betydning for succesfuld ledelse af teams. Bidrage med egen ekspertise og udnytte andres ekspertise. Indberette utilsigtede hændelser og bivirkninger, og indberette til forskellige relevante typer af kvalitetsdatabaser (kliniske databaser, kvalitetsdatabaser, patientdatabaser, ulykkesanalyser).

### 6.4.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal deltage aktivt i mere overordnede administrative planlægningsopgaver og skal lede patientforløb på tværs af afdelinger/sektorer. Lægen skal forstå rammerne for prioritering af ressourcer i den enkelte afdeling eller praksis og handle derefter. Lægen skal agere mødeleder i egen faglige kontekst og i tværfaglige sammenhænge. Lægen skal varetage formelle organisatoriske poster. Lægen skal mestre lokal kvalitetsudvikling. Lægen skal kende og forstå bagvedliggende mekanismer for fejl og utilsigtede hændelser.

F.eks. Lede det personale, der måtte være tilknyttet afdelingen / praksis, på relevant vis og med respekt for de forskellige samarbejdspartneres faglighed. Udarbejde arbejdsplaner (skemalægger) og uddannelsesplaner. Er resourcebevidst i forhold til brug af ressourcer (tid, mennesker, utensilier etc.). Lede morgenkonferencer og tværfaglige konferencer. Varetage tillidsposter og andre formelle poster (fx uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL), medudvalg, arbejdsmiljø, tillidsmand) samt poster i arbejdsgrupper, råd og udvalg. Igangsætte og gennemføre kvalitetsarbejde og medicinsk teknologivurdering. Initiere og gennemføre journal-audit/ journalgennemgang (perinatal audit, ”morbidity & mortality” konferencer og lignende tiltag). Kende den danske kvalitetsmodel og medvirke til akkreditering. Gennemføre patientsikkerhedsarbejde. Håndtere patientklager og informere i forhold til patientombuddet.

#### 6.4.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal have indblik i ledelsesopgaver på afdelings-, og organisationsniveau samt på regionalt/nationalt og internationalt niveau, herunder strategiske overvejelser og skal kunne inddrage både teoretiske og praktiske aspekter. Lægen skal forstå sundhedsvæsenets lovgrundlag, organisation og prioritering af patientbehandling i forhold til resourcefordeling på samfundsniveau. Lægen skal forstå ledelsesopgaverne på organisations- og samfundsniveau, og deres betydning for afvikling og udvikling af de opgaver som sundhedsvæsenet i dag og fremover skal løse – og lægen forventes aktivt at bidrage til denne udvikling.

F.eks. Deltage i lægemøder på afdelingsniveau, hvor planlægning af drift samt specialets udvikling diskuteres. Følge i en leders fodspor en dag (rollemodel/mentor). Deltage i planlægning af speciallægeuddannelsen (målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, regional planlægning). Deltage i implementering af evidensbaserede tiltag og patientforløbspakker.

### 6.5 Sundhedsfremmer

#### 6.5.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal kunne planlægge og løse arbejdsopgaver under hensynstagen til patienten, personalets og egen sikkerhed, herunder sørge for god hygiejne og overholdelse af sikkerheds- og kvalitetsprocedurer.

F.eks. Varetage patientuddannelse, herunder at holde fokus på patient-compliance. Vejlede og rådgive vedrørende sundhed og sygdom. Foretage screening og profylakse i henhold til vedtagne forløbsprogrammer og andre anbefalinger, herunder sikre information om fordele og ulemper herved.

#### 6.5.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal være opmærksom på og agere relevant i forhold til tilbagevendende skadevoldende/ sygdomsfremkaldende faktorer i samfundet, herunder holde øje med systematiske/ ophobede problemstillinger. Lægen skal promovere sundhedsfremmende tiltag på institutionsniveau.

F. eks. Formidle og agere i forhold til sundhedsfremmende tiltag som røgfrit hospital, patientsikkert sygehus, sikker kirurgi og andre kampagner.

Overholde hygiejniske forhold af betydning for sundheden. Arbejde for at forbedre det psykiske og fysiske arbejdsmiljø, herunder promovere sundhedsfremmende tiltag.

### 6.5.3 Overordnede kompetencer på samfunds niveau

Lægen skal bidrage til systematisk indsamling, analyse og bearbejdning af data med henblik på iværksættelse af sundhedsfremmende tiltag på institutions- og samfunds niveau. Lægen skal bidrage til formidling af sådanne resultater og deltage aktivt i debat om sundhedsfremme i det talte og skrevne medie med større perspektiv for øje.

F. eks. Kan udarbejde og/eller implementere sundhedsfremmende tiltag på samfunds niveau, som hygiejniske tiltag, screeningsprogrammer, psykisk og fysisk arbejdsmiljø. Planlægge og deltage i generelle kampagner i samfundet, der understøtter befolkningens sundhed. Stille sin faglighed til rådighed i forbindelse med rådgivning og vejledning af andre fagfæller/borgere/samfund.

## 6.6 Akademiker / forsker og underviser

### 6.6.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal sætte sig ind i det, der skal til for at løse opgaven. Lægen skal holde sig fagligt opdateret og så vidt muligt anvende evidensbaseret medicin (EBM) / bedste praksis. Lægen skal kunne tilegne sig ny viden og foretage relevant informations-, litteratur- samt databasesøgning, og anvende de fundne data i given kontekst. Lægen skal anvende en systematisk tilgang til egen læring, og tage ansvar for egen fortløbende uddannelse indenfor alle lægeroller, samt udvikle en refleksiv tilgang til egen praksis. Lægen skal undervise og uddanne patienter, pårørende og personale med forskellig uddannelsesmæssig baggrund, herunder andre læger.

F.eks. Anvende bedste praksis, herunder følge retningslinjer og instrukser. Opsøge ny viden ved kritisk vurdering af videnskabelige artikler, journal club, eller deltagelse i konferencer. Vejlede og supervisere lægestuderende og læger. Undervise på patientskoler.

### 6.6.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal bidrage til systematisk dataindsamling i forbindelse med praksis med henblik på udvikling af denne, og skal kunne deltage i og gennemføre forsknings- og udviklingsprojekter. Lægen skal deltage aktivt i udvikling af eget speciale og understøtte brugen af evidens i hverdagen. Lægen skal være bevidst om og bidrage til et positivt læringsmiljø på afdelingen / praksis og anvende hensigtsmæssige lærings- og kompetencevurderingsmetoder.

F.eks. Opsøge ny viden ved kritisk vurdering af videnskabelige artikler, journal club, eller deltagelse i konferencer. Udarbejde instrukser baseret på evidens eller bedste praksis. Vejlede, supervisere og give karrierevejledning til andre læger og anvende et bredt udvalg af relevante undervisningsmetoder, samt initiere og igangsætte kompetencevurdering. Bidrage aktivt til et positivt lærings – og uddannelsesmiljø.

### 6.6.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal designe og gennemføre forsknings- og udviklingsprojekter, og derigennem bidrage med forskning og videreudvikling af eget speciale, også internationalt. Lægen skal formidle egne og andres viden igennem det talte og skrevne medie. Lægen skal planlægge og gennemføre undervisning og uddannelses tiltag på lokalt og nationalt plan. Lægen skal tage ansvar for egen faglig udvikling, specialisering og efteruddannelse.

F. eks. Initiere og gennemføre forsknings- og udviklingsprojekter med udgangspunkt i egne genererede data, patientforløb, arbejds-gangsanalyser, utilsigtede hændelser, kvalitetsdata og lignende. Formidle forskningsresultater gennem eksempelvis fremlæggelse/publicering af egen forskning, og afrapportering af projekter. Indgå i netværk og påtage sig vejledningsopgaver i forhold til forskningstræning, studerende og eventuelt phd-studerende. Udarbejde og dokumentere opfyldelse af egen udviklings-/ uddannelsesplan.

## 6.7 Professionel

### 6.7.1 Overordnede kompetencer på individniveau

Lægen skal udvise ansvarlighed, omhu og samvittighedsfuldhed i varetagelsen af opgaverne. Lægen skal være i stand til at vurdere sin grad af bekymring ved uklare kliniske tilfælde og være opmærksom på, hvordan denne bekymring og usikkerhed influerer på den kliniske vurdering og beslutning. Lægen skal respektere tilsvarende bekymring og usikkerhed i teamet, udvise opmærksomhed herpå og håndtere dette i fællesskab. Lægen skal sige fra, når opgaven overstiger egne begrænsninger og opsøge fornøden assistance. Lægen skal beskrive typiske etiske dilemmaer vedrørende kerneopgaverne og skitsere mulige løsningsmodeller til håndtering af disse. Lægen skal kende sig selv og handle i overensstemmelse med egen integritet samt være i stand til at etablere et balanceret forhold mellem arbejde og privatliv.

F.eks.: Sige fra og søge råd når egen kompetence ikke er tilstrækkelig.  
Følge op på arbejdsopgaver såsom sikring af svar til patienter / kolleger.

### 6.7.2 Overordnede kompetencer på organisationsniveau

Lægen skal være bevidst om egen rolle i skabelse af afdelingens kultur og bidrage aktivt til optimering af arbejds- og læringsmiljøet. Lægen skal udvise opmærksomhed vedrørende andres professionelle adfærd og bidrage til håndtering af eventuel uprofessionel adfærd. Skal erkende og analysere egne og andres fejl og utilsigtede handlinger samt bidrage konstruktivt til at korrigere disse med respekt for individet, organisationen og samfundet. Lægen skal håndtere udefinerede etiske problemer, acceptere usikkerhed og tage ansvar for beslutninger baseret på begrænset information.

F.eks. Give konstruktiv feedback på u hensigtsmæssig adfærd hos kolleger. Initiere og gennemføre debriefing i forbindelse med voldsomme eller utilsigtede hændelser.

### 6.7.3 Overordnede kompetencer på samfundsniveau

Lægen skal udvise opmærksomhed på principielle spørgsmål i debatten vedrørende etiske problemstillinger, herunder koordinering og prioritering af diagnostiske og terapeutiske tiltag for patientgrupper. Lægen skal reflektere over og diskutere, hvorledes specialet kan bidrage konstruktivt i debatten på baggrund af lægefaglig viden, færdighed og evne. Lægen skal demonstrere bevidsthed om, at samfundet forventer etisk og professionel adfærd af læger også uden for arbejdstid, og i den offentlige debat. Lægen skal udarbejde indlæg til den offentlige debat på et sobert, analyserende grundlag. Lægen skal respektere balancen mellem varetagelse af patientens/brugernes interesse, respekt for ressourceallokering, og samfundsmæssige hensyn.

F.eks. Deltage i dialog og debat om specialets / sundhedsvæsenets muligheder, rammer og udvikling og kan skrive kommentarartikler, debatindlæg, kronikker.

## 7 Konklusion og anbefaling

Arbejdsgruppen anbefaler, at den reviderede beskrivelse af de 7 lægeroller: medicinsk ekspert / lægefaglig, samarbejder, kommunikator, leder / administrator / organisator, sundhedsfremmer, akademiker /forsker og underviser samt professionel indføres i den lægelige videreuddannelse. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en model for udbredelse af kendskabet til disse reviderede roller, som omfatter information, forståelse og anvendelse af rollerne, herunder hvordan de enkelte specialeselskaber skal anvende rollerne i kommende målbeskrivelsesarbejde og hvordan rollerne tænkes ind i porteføljer, uddannelses- og kompetencevurderingsprogrammer, i udarbejdelse af den faglige profil, samt i det daglige arbejde.

I forbindelse med udbredelse af kendskabet til de reviderede roller kunne det være formålstjenligt at udarbejde en figur der illustrerer de 7 lægerollers indbyrdes placering og sammenhæng, fordi vi i Danmark har en lidt anderledes opfattelse af rollerne sammenhæng end den canadiske figur illustrerer.

## 8 Bilag A. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. lægeroller

### **Baggrund**

De syv lægeroller (medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/ administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel) er blevet implementeret i den lægelige videreuddannelse. Beskrivelse af kompetencer inden for hver af rollerne har medvirket til rollebegræbets kulturelle forankring i den lægelige videreuddannelse. Danske og internationale erfaringer tyder imidlertid på, at rollernes indhold tolkes forskelligt af forskellige aktører, og ikke alle roller opleves lige relevante inden for alle specialer eller arbejdsområder.

Derudover er der behov for at se rollerne som en mere integreret del af arbejdsfunktionerne. I S&P rapporten anbefaler Sundhedsstyrelsen således, at der iværksættes et arbejde med henblik på at justere beskrivelsen af de syv lægeroller og nuancere deres indhold i forhold til forskellige specialer. Samtidig lagde rapporten op til at rollebegræbet også bør indeholde etiske aspekter, og at rollernes indbyrdes forhold og hierarki gøres mere tidssvarende.

### **Formål**

Justering af beskrivelsen af de syv lægeroller herunder reformulere definitionerne og indholdet af kernekompetencer/lægeroller så de bliver mere tidssvarende og understøtter behovet i det danske sundhedsvæsen.

### **Opgaver**

Med udgangspunkt i S&P rapportens kapitel 10 og inddragelse af andet relevant materiale udarbejdes en anbefaling og oversigt over lægerolle begrebet. Oversigten skal kunne indgå i den generelle del af målbeskrivelsen udarbejdet af Sundhedsstyrelsen eller som et bilag hertil.

### Organisering af arbejdet

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Sundhedsstyrelsen udpeger formand og medlemmer af arbejdsgruppen.

#### **Tidsramme**

Arbejdet afsluttes ved udgangen af december 2012.

Rapportering til Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Arbejdsgruppen afleverer en rapport med oversigten over definitionerne af lægerollerne til Sundhedsstyrelsen og Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.



## 9 Bilag B. Supplerende litteratur

Nedenstående litteraturliste viser den bagvedliggende litteratur, som er anvendt i udarbejdelse af revisionen af de 7 lægeroller

1. ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation & European foundation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the new millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136 (3): 243-246 (publiceret i *Lancet* 2002; 359: 520-522 samtidig).
2. ACGME Outcome Project. Common requirements: General competencies. 2007. [www.acgme.org](http://www.acgme.org) og Programme Directors Handbook på [http://www.acgme.org/acWebsite/navPages/commonpr\\_documents/IVA5\\_Educational\\_Program\\_ACGMECompetencies\\_Introduction\\_Explanation.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/navPages/commonpr_documents/IVA5_Educational_Program_ACGMECompetencies_Introduction_Explanation.pdf)
3. Andreassen TE. Ethiske spørgsmål i medicinen. Fagl's forlag 2005. Kapitel 2: Lægeløftets etik.
4. Andreassen TE. Det værdifulde danske lægeløfte. *Bibliotek for læger* 2007; 329-346
5. Arora S, Sevdalis N, Suliman I, Athanasiou T & Kneebone R. What makes a competent surgeon? Experts' and trainees' perception of the roles of a surgeon. *The Am J Surg* 2009; 198: 726-732.
6. Au H, Harrison M, Ahmet A, Orsino A, Beck CE, Tallett S, Gans M & Birken CS. Residents as health advocates: The development, implementation and evaluation of a child advocacy initiative at the university of Toronto. *Pædiatric Child Health* 2007; 12 (7): 567-571.
7. Bishop JP & Rees CE. Hero or has-been: Is there a future for altruism in medical education? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007; 12:391-399
8. Bleakley, A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Medical Education* 2006; 40, 150-157.
9. Busari JO, Berkenbosch L & Brouns JW. Physicians as Managers of Health Care Delivery and the Implications for Postgraduate Medical training: A Literature Review. *Teaching and Learning in Medicine*, 23(2), 186-196
10. Calman K. The profession of medicine. *British Medical Journal* 1994; 309: 1140-1143.
11. Carroll, J. S. & Edmondson, A. C. Leading organisational change in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002; 11, 51-56.
12. Cruess RL & Cruess SR. Expectations and Obligations of professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine* 2008; 51 (4): 579-98
13. Danske regioner. Uddannelsespolitisk oplæg – Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser. 02-12-2011
14. Davis DJ, Skarup AM & Ringsted C. A pilot survey of junior doctor's confidence in tasks related to broad aspects of competence. *Medical Teacher*, 2005; 6, 548-552.
15. Dharams S, Richards M, Loui D, Murray D, Berland A, Whitfield M & Scott I. Enhancing medical students' conception of the CanMEDS Health advocate role through international service-learning and critical reflection: A phenomenological study. *Medical Teacher* 2010; 32: 977-982.
16. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM & Woollard R. The Physician as Health Advocate: Translating the Quest for Social Responsibility Into Medical Education and Practice. *Academic Medicine*, Vol. 86, No. 9 / September 2011
17. Dobson S, Voyer S & Regehr G. Perspective: Agency and Activism: Rethinking Health Advocacy in the Medical Profession. *Academic Medicine*, Vol. 87, No. 9 / September 2012.
18. Earnest MA, Wong SL & Federico SG. Physician advocacy: What is it and how do we do it? *Academic Medicine* 2010; 85: 63-67
19. Epstein RM. Mindful practice. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282 (9): 833 - 839.
20. Erde EL. Professionalism's facets: ambiguity, ambivalence, and nostalgia. *Journal of Medicine and Philosophy* 2008; 33: 6-26.

21. Flynn & Verma S. Fundamental components of a curriculum for residents in health advocacy. *Medical Teacher* 2008; 30: e178–e183
22. FMEC PC Project Report. A collective vision for postgraduate medical education in Canada. FMEC PG Members; 2012
23. Frankford DM & Konrad TR. Responsive medical professionalism: integrating education, practice and community in a market-driven era. *Acad Med* 1998;73(2): 138-145.
24. Frankford DM, Patterson MA & Konrad TR. Transforming practice organisations to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. *Academic Medicine* 2000; 75 (7): 708-717
25. Graham MJ, Naqvi Z, Encandela JA, Bylund CL, Dean R, Calero-Breckheimer A & Schmidt HJ. What indicates competency in systems based practice? An analysis of perspective consistency among healthcare team members. *Adv in Health Sci Educ* 2009; 14:187–203
26. Hafferty FW & Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Academic Medicine* 1994; 69: 861-871.
27. Hafferty FW. Definitions of professionalism. A search for meaning and identity. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2006; 449: 193-204.
28. Hilton S & Slotnick HB. Proto-professionalism: How professionalism occurs across the continuum of medical education. *Medical Education* 2005; 39 (1): 58-65.
29. Hilton S & Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education*. 2007; 23: 265-279.
30. Huddle TS & Heudebert GR. Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. *Acad Med*. 2007; 82:536–541.
31. Hufford L, West DC, Paterniti D & Pan RJ. Community-based advocacy training: applying asset-based community development in resident education. *Academic Medicine* 2009; 84: 765-770.
32. Irby, D.M., Cooke, M. & O'Brien, B. C. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for advancement of teaching: 1910 and 2010. *Academic Medicine*, 2010; 85, 220-227.
33. Jamieson J & Towle A. Future health care trends: Impact on postgraduate medical education. Members of the FMEC PG consortium; 2011.
34. Koo J, Bains J, Collins MB & Dharamsi S. Residency research requirements and the CanMEDS-FM scholar role Perspectives of residents and recent graduates. *Can Fam Physician* 2012; 58: e330-6
35. Kuczewski MG. Developing competency in professionalism: The potential and the pitfalls. *Bulletin, and the ACGME*. 2001; october: 3-6.  
[www.acgme.org/acWebsite/bulletin/bulletin1001.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/bulletin/bulletin1001.pdf)
36. Kuper A & D'Eon M. Rethinking the basis of medical knowledge. *Medical Education* 2011; 45: 36–43
37. Leveridge M, Beiko D, Wilson JWL, Siemens R. Health advocacy training in urology: a Canadian survey on attitudes and experience in residency. *CUAJ* 2007; 1 (4): 363-369.
38. Lægeforeningens enquete, 2011
39. Mennin S. Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Medical Education* 2010; 44: 20–30
40. Mickelson JJ & MacNeily AE. Translational education: tools for implementing the CanMEDS competencies in Canadian urology residency training. *CUAJ* 2008; 2 (4): 395-404
41. Nøhr S, Petersen CN, Madsen SN & Christensen LH. 3-timers rapporten 2009. Viden- deling i den postgraduate uddannelse – de “forsømte” lægeroller. Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, 2012.  
<http://www.aalborgsygehus.rn.dk/For+fagfolk/KurserOgKompetenceUdvikling/LUF/3+timers+moeder/3timersrapport2009.htm>
42. Regehr G & Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Clin Orthopaedics and Related Research* 2006; 449: 34-38.
43. Regehr G, Eva K, Ginsburg S, Halwani Y & Sidhu R. Assessment in postgraduate medical education: Trends and issues in assessment in the workplace. Members of the FMEC PG consortium; 2011.

44. Schön DA. The reflective practitioner (2<sup>nd</sup> Ed). 1983. Aldershot, Arena.
45. Sherbino J, Frank JR, Flynn L & Snell L. ‘‘Intrinsic Roles’’ rather than ‘‘armour’’: re-naming the ‘‘non-medical expert roles’’ of the CanMEDS framework to match their intent. *Adv in Health Sci Educ*; 2011; 16:695–697. Kommentar til Whitehead et al.’s artikel om flower power.
46. Slotnick HB. How doctors learn: Education and learning across the medical-school-to-practice trajectory. *Academic Medicine* 2001; 76 (10): 1013-1026.
47. Sockalingam S, Stergiopoulos V & Magge J. Residents’ perceived physician manager educational needs: A national survey of psychiatric residents. *The Canadian journal of Psychiatry* 2008; 53: 745-752.
48. Souba, W. W. The leadership dilemma. *Journal of Surgical Research*, 2007; 138, 1-9.
49. Stafford S, Sedlak T, Fok MC & Wong RY. Evaluation of resident attitudes and self-reported competencies in health advocacy. *BMC Medical Education* 2010, 10:82.
50. Stergiopoulos V, Maggi J & Sockalingam S. Teaching and learning the physician manager role: Psychiatric residents’ perspective. *Medical Teacher* 2010; e308-e314.
51. Stutsky BJ, Singer M & Renaud R. Determining the weighting and relative importance of CanMEDS roles and competencies. *BMC Research Notes* 2012, 5:354
52. Sundhedsloven LBK nr 913 af 13/07/2010 Gældende. Offentliggørelsesdato: 15-07-2010. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455&exp=1>
53. Swick H. Towards a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine* 2000; 75 (6); 77-81
54. Taber S, Frank JR, Harris KA, Glasgow NJ, Iobst W & Talbot M. Identifying the policy implications of competency-based education. *Medical Teacher*, 2010; 32: 687-691.
55. Tooke J. Aspiring to excellence. Final Report of the Independent Inquiry into Modernising Medical Careers. 2008. [http://www.mmcinquiry.org.uk/MMC\\_FINAL\\_REPORT\\_REVD\\_4jan.pdf](http://www.mmcinquiry.org.uk/MMC_FINAL_REPORT_REVD_4jan.pdf)
56. Trochim, W. M., Cabrera, D. A., Milstein, B., Gallagher, R. S. & Leischow, S. J. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health*, 2006; 96, 538-546.
57. Van der Lee N, Westerman M, Fokkema PI, van der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA & Scheele F. The curriculum for the doctor of the future: Messages from the clinician’s perspective. *Medical Teacher* 2011; 33: 555–561
58. Verkerk MA, de Bree MJ & Mourits MJE. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS’ ‘‘professionalism’’ *J Med Ethics* 2007; 33:663–666.
59. Verma S, Flynn L & Seguin R. Faculty’s and residents’ perception of teaching and evaluating the role of health advocate: A study at one Canadian university. *Academic Medicine* 2005; 80: 103-108
60. Whitehead CR, Austin Z & Hodges BD. Flower power: the armoured expert in the CanMEDS competency framework? *Adv in Health Sci Educ* (2011) 16:681–694
61. Workshop for postgraduate kliniske lektorer afholdt i videreuddannelsesregion Nord, september 2012. Sammenfatning.
62. Yngre lægers evaluering af lægelige videreuddannelse. [www.evaluer.dk](http://www.evaluer.dk)

# 10 Referenceliste

---

- <sup>1</sup> Sundhedsministeriet. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. København, 2000. [www.sum.dk](http://www.sum.dk).
- <sup>2</sup> Bayer, M.. Efter reformen: Speciallægeuddannelsen i Danmark. København, Danmarks Pædagogiske Universitets forlag, 2007.
- <sup>3</sup> Ringsted C, Hansen TL, Davis D & Scherpbier A. Er nogle af de udfordrende aspekter af CanMEDS- rollerne valide uden for Canada – sekundærpublikation. Ugeskrift for Læger 2007; 169/24: 2329-2332.
- <sup>4</sup> Dehn P, Nielsen CH, Larsen K & Bayer M. Implementering af speciallægereformens syv roller. Ugeskrift for Læger, 2009; 171/19: 1580-1584.
- <sup>5</sup> Søjnæs C, Jørgensen RL, Lillevang G & Ringsted C. Kvalitet i videreuddannelsen af læger i hovedstaden. 2011. [www.ceku.ku.dk](http://www.ceku.ku.dk).
- <sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen. Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering. 2012. [www.sst.dk](http://www.sst.dk).
- <sup>7</sup> The "Double diamond" design process model. [www.designcouncil.org.uk](http://www.designcouncil.org.uk).
- <sup>8</sup> Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, et al. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project. Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996;29:206-216.
- <sup>9</sup> Frank JR (Ed). 2005. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons in Canada. [www.RCPSC.medical.org](http://www.RCPSC.medical.org) Addressed February 2009.
- <sup>10</sup> General Medical Council. Good Medical Practice: Duties of the doctor. [http://www.gmc-uk.org/guidance/good\\_medical\\_practice/duties\\_of\\_a\\_doctor.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/duties_of_a_doctor.asp).
- <sup>11</sup> Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB). Generic standards for specialty training including GP training, 2010. Retrieved January 6, 2011 [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org).
- <sup>12</sup> ACGME Outcome Project. Common requirements: General competencies. 2007. [www.acgme.org](http://www.acgme.org) og Programme Directors Handbook på [http://www.acgme.org/acWebsite/navPages/commonpr\\_documents/IVA5\\_EducationalProgram\\_ACGMECompetencies\\_Introduction\\_Explanation.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/navPages/commonpr_documents/IVA5_EducationalProgram_ACGMECompetencies_Introduction_Explanation.pdf).
- <sup>13</sup> Malling B. Managing work-based postgraduate medical education in clinical departments. Ph.d.-afhandling, Maastricht Universitet. 2011. Chapter 6, p 90.
- <sup>14</sup> Christmas, C. & Ziegelstein, R. C. The seventh competency. Teaching and Learning in Medicine, 2009; 21, 159-162.
- <sup>15</sup> Den Danske Ordbog.
- <sup>16</sup> [www.lexicon.org](http://www.lexicon.org).
- <sup>17</sup> Erault M & Du Boulay B. Developing the attributes of medical professional judgement and competence (Report to the department of Health). Department of Health London, UK, 2000.

- 
- <sup>18</sup> Ten Cate O & Scheele F. Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? *Acad Med.* 2007; 82:542–547.
- <sup>19</sup> Regehr G, Eva K, Ginsburg S, Halwani Y & Sidhu R. Assessment in postgraduate medical education: Trends and issues in assessment in the workplace. The future of Medical Education in Canada. Members of the FMEC PG consortium; 2011.
- <sup>20</sup> Ravn, L. I. & Lund, C. M. Flyvefærdighedsplanen - en struktureret, accelereret introduktion. *Ugeskrift for læger*, 2004; 166/21, 2014-2017.
- <sup>21</sup> Ringsted C. In-training assessment in a work-based postgraduate medical education context. Phd afhandling, Maastricht Universitet, 2004
- <sup>22</sup> Nørgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ.* 2004;38:700-7. Sekundær publikation i *Ugeskr Laeger*. 2004;166:2027-31.
- <sup>23</sup> Ringsted, C., Skaarup, A. M., Henriksen, A. H. & Davis, D. Person-task-context: a model for designing curriculum and in-training assessment in postgraduate education. *Medical Teacher*, 2006; 28, 70-76.
- <sup>24</sup> Davis, D.J., Ringsted, C., Bonde, M., Scherpbier, A. & Van der Vleuten, C. Using participatory design to develop structured training in child and adolescent psychiatry. *European Child Adolescence Psychiatry*, 2009; 18, 33-41.
- <sup>25</sup> Senge PM. Den femte disciplin. Den lærende organisations teori og praksis. 1999. Forlaget KLIM, Aarhus.
- <sup>26</sup> Lau DH. Patient empowerment – a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Med J.* 2002; 8 (5): 372-374.
- <sup>27</sup> Jones PS, Meleis AI. Health is empowerment. *ANS Adv Nurs Sci* 1993; 15:1-14.
- <sup>28</sup> Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum; 1993.
- <sup>29</sup> Nøhr, SB. Lægens rolle som leder: Hvordan oplever og lærer den yngre læge ledelsesrollen - og hvordan kan de understøttes bedst muligt som potentielle ledere i fremtidens sundhedsvæsen? Master-afhandling, 2012.
- <sup>30</sup> Malling B & Eika B. Speciallægeuddannelsens rolle som professionel er kompleks og bør omdefineres. Statusartikel. *Ugeskrift for Læger*. Optaget til publication 30. oktober 2012.
- <sup>31</sup> Lingard, L. What we see and don't see when we look at "competence": notes on a good term. *Advances in Health Sciences Education*, 2009; 14, 625-628.
- <sup>32</sup> Didwania, A., McGaghie, W. C., Cohen, E. & Wayne, D. Internal medicine residency graduates' perception of the systems-based practice and practice-based learning and improvement competencies. *Teaching and Learning in Medicine*, 2010; 22, 33-36.
- <sup>33</sup> Caverzagie KJ & Aagaard EM. Measuring resident progress: Competency milestones in internal medicine. *Academic Internal Medicine Insight* 2010; 8:1, 4-5.
- <sup>34</sup> Lægeløftet. [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Lægeløftet](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/L%c3%a6gefagligt/RET_OG_ETIK/ETIK/LAEGELOEFTET).

- 
- <sup>35</sup> Gruen RL, Pearson SD & Brennan TA. Physician-citizen – public roles and professional obligations. *JAMA* 2004; 291: 94-8.
- <sup>36</sup> Royal College of Physicians. Doctors in society: Medical professionalism in a changing world. In Report of a working party of the Royal College of Physicians in London. London. 2005. London. RCP.
- <sup>37</sup> Hafferty FW & Levinson D. Moving Beyond Nostalgia and Motives towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine* 2008, 51 (4): 599–615.
- <sup>38</sup> Martimianakis MA, Maniate JM & Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. *Medical Education* 2009; 43: 829-837.
- <sup>39</sup> Conelly JE. The other side of professionalism: doctor-to-doctor. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003; 12: 178-183.
- <sup>40</sup> Jarvis-Selinger S, Pratt DD & Regehr G. Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, Vol. 87, No. 9 / September 2012.
- <sup>41</sup> Frøland, A. Hippokrates og de 7 lægeroller. *Dansk Medicinhistorisk Årbog*, 2005: 22-31.
- <sup>42</sup> Lægeforeningen. Lægeforeningens etiske regler af 24. September 1989, med revision 2005.  
[http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/L%C3%A6gefagligt/RET\\_OG\\_ETIK/ETIK/LAEGEFORNINGENS\\_ETISKE\\_REGLER](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/L%C3%A6gefagligt/RET_OG_ETIK/ETIK/LAEGEFORNINGENS_ETISKE_REGLER) .  
<http://www.cogs.susx.ac.uk/users/bend/doh/reporthtml.pdf>
- <sup>43</sup> ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation & European foundation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter. *Lancet* 2002; 359:520-2.
- <sup>44</sup> Cruess SR, Johnston S & Cruess RL. "Profession": A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 2004; 16 (1): 74-76.