

See one, Do one, Teach one

En kvalitativ studie om pedagogiska
processer inom läkarprofessionen

Josef Barakat och Mustafa Khalil Ibrahim

Handledare
Mona Hemmaty



Abstract

Arbetets art:	Kandidatuppsats, 15 hp
Sidantal:	30
Titel:	See one, Do one, Teach one – En kvalitativ studie om pedagogiska processer inom läkarprofessionen
Författare:	Josef Barakat och Mustafa Khalil Ibrahim
Handledare:	Mona Hemmaty
Datum:	2021-01-14
Sammanfattning:	<p>Läkarprofessionens yrkesroll är ständigt föränderlig och kompetens kommer behöva omprövas och utvecklas under hela yrkeslivet. Denna studie syftar därför till att undersöka pedagogiska processer inom hälso- och sjukvård, men också hur dessa processer kan påverkas av hur offentlig förvaltning är uppbyggd. Därför genomfördes en kvalitativ studie med fenomenologisk metodansats och sex informanter tillhörande läkarprofessionen intervjuades angående deras upplevda möjlighet till fortbildning. Studien har både pedagogiska och organisationsteoretiska utgångspunkter och resultatet visade att fortbildning är en ständigt pågående aktivitet i läkarens kliniska arbete. Detta då professionen utgörs av ett i grunden arbetsintegrerat lärande, vilket stimuleras av dagliga teoretiska, praktiska och kunskapsintegrerande aktiviteter. Resultatet visar också att det formella lärandet tenderar att koncentreras till teoretiska aktiviteter, men att det informella praktiska lärandet istället skapar förutsättningar för kunskapsöverföring. Möjligheten till fortbildning kan därför påverkas av hur organisationen prioriterar mellan olika kunskaper. Det är därför viktigt att offentlig hälso- och sjukvård har ett kunskapsintresse som också motsvarar läkarprofessionens fortbildningsansvar.</p>
Nyckelord:	Fortbildning, Offentlig förvaltning, Läkarprofessionen, Praktisk kunskap, Teoretisk kunskap, Kunskapsintresse

Innehåll

Förord	1
1. Inledning	3
1.1 Syfte	4
1.2 Frågeställning	4
2. Bakgrund och tidigare forskning	5
2.1 <i>Det svenska sjukvårdssystemet</i>	5
2.1.1 Fortbildning nationellt	5
2.1.2 Fortbildning internationellt	6
2.2 <i>Tidigare forskning</i>	7
2.2.1 Pedagogiska processer	7
2.2.2 Organisering av hälso- och sjukvård	8
2.3 Artikelsammanfattning	9
3. Teori	10
3.1 <i>Organisationsstruktur</i>	10
3.1.1 Lednings- och kontrollsystem	10
3.1.2 Mål och strategier	10
3.1.3 Kunskapsintresse	11
3.2 <i>Teoretisk och praktisk kunskapstradition</i>	12
3.2.1 Tyst och explicit kunskap	12
3.2.2 Formellt och informellt lärande	13
4. Metod	14
4.1 Metodval	15
4.2 Urval och tillvägagångssätt	15
4.3 Databearbetning och analysmetod	16
4.4 Etiska riktlinjer och forskarens roll	16
4.5 Metoddiskussion	17
5. Resultat	19
5.1 <i>Tjänstgöring; arbeta och utbildas</i>	19
5.1.1 Fortbildningsaktiviteter inom och utanför sjukhuset	19
5.1.2 Föreskrivna och frivilliga fortbildningsaktiviteter	21
5.1.3 Individuellt fortbildningsansvar	21
5.1.4 Fortbildningsplan	22
5.2 <i>Arbetsplatsens fortbildningsarbete</i>	22
5.2.1 Mål och strategier	23
5.2.2 Nationella riktlinjer	25

5.2.3 Organisationens fortbildningsansvar	25
6. Analys	26
6.1 Teoretiska och praktiska fortbildningsaktiviteter	26
6.1.1 Formella och informella aktiviteter	27
6.1.2 Praktisk kunskapsöverföring	27
6.2 Offentlig förvaltning.....	29
6.2.1 Organisationsstruktur.....	29
6.2.2 Kunskapsintresse	30
7. Diskussion	32
8. Referenser	35
9. Bilaga.....	a
9.1 Intervjuguide	a

Förord

Vi vill tacka samtliga intervjupersoner för deras deltagande i denna uppsats samt vår handledare Mona Hemmaty. Genom att dela med er av era erfarenheter har ni gjort detta arbete möjligt för oss.

Lund, 2020

Josef Barakat & Mustafa Khalil Ibrahim

1. Inledning

SVD Näringsliv (2012) problematiserar kunskapssvinn i det svenska arbetslivet. Att bevara, överföra och utveckla kunskap är en ständigt pågående process som stimuleras av och med de individer som är verksamma i en organisation. Det krävs därför också att organisationens struktur och kultur möjliggör att medarbetare vill, kan och ges möjlighet till lärande och kunskapsöverföring för att på så sätt ta vara på den kunskap som byggs upp i organisationen (Edenhall 2012).

Kontinuerlig kompetensutveckling inom offentlig sjukvård är en förutsättning för kvalitet, patientsäkerhet och en jämlik vård. Läkarprofessionen har därför ansvar att upprätthålla kunskapsnivåer och prioritera fortbildning genom hela yrkeslivet. Hälso- och sjukvård bör därför inte betraktas som en produktionsorganisation, utan snarare som en kunskapsorganisation där fortbildning blir en självklar del av verksamheten. Att lägga tonvikt på kunskap i organisationen möjliggör också att aktiviteter för kontinuerlig lärande och kompetensutveckling byggs in i strukturen och spridning av kunskap kan då bli en naturlig del av det dagliga arbetet (Skogseid, Runeson, Bergh et al. 2018).

Det finns däremot problem som kan försvåra läkarprofessionens möjlighet till att fortbilda sig. Krav på nationell fortbildning varierar mellan olika länder och Sverige är ett av få länder i Europa som saknar nationella krav på fortbildning. Det är istället regionen och verksamhetschefens ansvar att det finns tillräcklig med kompetens för att kunna bedriva en god vård. Det kommunala självstyret tenderar däremot att bidra till att resurser ställs mot varandra och att fortbildningsfrågan därför nedprioriteras av ekonomiska skäl. I ett pressmeddelande kräver SLL därför tydligare strukturer, nationella föreskrifter, rimliga resurser och tydligare ansvarsfördelning (Sjukhusläkarna 2020).

Men läkarprofessionens kompetens, fortbildning och pedagogisk miljö är i många fall föränderlig och komplex. Det avser ett livslångt lärande och en kontinuerlig professionell utveckling som kommer i uttryck teoretiskt, praktiskt och i samverkan med den kontext som professionen verkar inom. På så sätt blir organisationen intressant att studera både utifrån ett pedagogiskt perspektiv och ett organisationsteoretisk. Denna studie undersöker därför läkarprofessionens kompetens och möjlighet till fortbildning, men också hur aspekter som reglering, styrning och kunskapsintresse inom offentlig förvaltning inverkar på fortbildningsfrågan. På så sätt synliggörs både formella och informella strukturer samt hur dessa kan skapa ramvillkor för olika pedagogiska processer inom läkarprofessionen.

1.1 Syfte

Denna studie syftar till att undersöka pedagogiska processer och lärande inom hälso- och sjukvård. Avgränsning görs till enskilda läkares upplevelser, för att på så sätt identifiera hur man som yrkesverksam ser på möjligheterna till fortbildning inom professionen. Som teoretisk utgångspunkt belyser vi teoretisk och praktisk kompetens, kunskapsöverföring samt formellt och informellt lärande. Därutöver används begrepp som organisationsstruktur och kunskapsintresse för att undersöka hur organisatoriska faktorer kan tänkas påverka hur fortbildningsfrågan hanteras inom offentlig sjukvård.

1.2 Frågeställning

- Hur upplevs möjligheten till fortbildning inom läkarprofessionen?
- Hur kan offentlig förvaltning som organisation påverka möjligheten till fortbildning för läkarprofessionen?

2. Bakgrund och tidigare forskning

I detta inledande avsnitt kommer vi att redogöra för läkarprofessionens yrkesroll, hur det svenska sjukvårdssystemet är uppbyggt samt hur fortbildningsfrågan betraktas på en nationell och internationell nivå.

Läkarens yrkesroll är ständigt föränderlig. Kompetens och förhållningssätt som tillägnas under grundutbildningen kommer behöva omprövas och utvecklas under hela yrkeslivet. Som läkare har man också ansvar att utveckla sin profession enligt aktuellt kunskapsläge efter avslutad grund- och specialistutbildning. Fortbildning för läkare är därför särskilt relevant eftersom utvecklingen av hälso- och sjukvård har sitt ursprung i professions eget utvecklings- och forskningsarbete. Fortbildning bör därför inriktas på alla delar av den professionella kompetensen, det vill säga både de formella och informella aktiviteter som läkaren utövar. Metoder som visat sig vara givande för läkare är litteraturstödda diskussioner i grupp och självstudier medan deltagande i kurser och konferenser har haft begränsad effekt i den faktiska verksamheten (Lindgren 2011:12–16).

2.1 Det svenska sjukvårdssystemet

Det svenska sjukvårdssystemet är indelat i tre administrativa nivåer; stat, region och kommun. Staten fastställer svensk hälso- och sjukvård genom lagar och förordningar. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) bestämmer hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas och organiseras. Socialdepartementet ansvarar därutöver för att mål inom hälso- och sjukvård uppfylls genom att delegera arbetsuppgifter till socialstyrelsen.

Regionen har ansvar att organisera hälso- och sjukvård enligt bestämmelserna. Regionen är skyldig att följa både speciallagar och andra lagar som ex. kommunallagen (1991:900). Regionen får därmed också anpassa verksamheten efter regionala förutsättningar. Svensk hälso- och sjukvård finansieras via bidrag från staten samt region- och kommunalskatt.

Enligt SOSFS 2005:12 *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* 4 kap. 3§ är det ledningssystemets ansvar att säkerställa att personal inom hälso- och sjukvård har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifter samt att planera de anställdas kompetensutveckling utifrån verksamheten och dess anställdas behov (SOSFS 2005:12, 6–7).

2.1.1 Fortbildning nationellt

Svenska läkaresällskapet (SLS) problematiserar att det inte finns några formella direktiv som reglerar fortbildning för läkare i svensk författning. Begreppet fortbildning för läkare avser enligt Grant (2011) det kontinuerliga lärandet som behövs för att utveckla och bibehålla professionalitet. Men också andra pedagogiska processer som ledarskap, kommunikation och etik.

SLS menar att det krävs en systematisk process kring läkares fortbildning och att denna bör gå i linje med det pedagogiska begreppet kontinuerlig professionell utveckling (CPD) som uppmuntrar ett livslångt lärande. Synen på läkares kompetens och fortbildning kan utifrån detta perspektiv omfatta två olika processer;

- Den pågående processen som sker utanför formell grundutbildning och forskarutbildning och som möjliggör att läkare upprätthåller och förbättrar standard för medicinsk praxis av beteende, attityder, kunskap och färdigheter

- Den fortlöpande processen som kompletterar formell grundutbildning och forskarutbildning och som kräver att läkare upprätthåller och förbättrar standard för alla områden av sin praktik

CPD är därför ett professionellt ansvar för den enskilde läkaren som syftar till att bevara och uppdatera kunskaper under hela arbetslivet. Detta menar SLS bör göras genom att regelbundet delta i utbildningsaktiviteter för att på så sätt vidareutveckla och upprätthålla prestation och kompetens (Grant 2011:6–12).

2.1.2 Fortbildning internationellt

Under 1900-talet lagstodgade vissa europeiska länder så kallade CME-system. Dessa utgick från en nordamerikansk modell och står för Continuing Medical Education. Systemet fungerar som ett poängsystem för genomgångna utbildningsaktiviteter för läkare. Organisationen erbjuder också utbildningsmaterial och registrering av fortbildning.

Under 2010-talet påbörjades en trend i framför allt USA att byta CME-systemet mot det CPD-system som introducerats ovan. Detta har bidragit till att krav på nationell fortbildning varierar mellan olika länder och obligatorisk fortbildning har blivit ett omdiskuterat område. Dels på grund av att det skapar olika kompetensnivåer bland läkare, men också eftersom det saknas bevis på att CMS:s metod med endast kongressdeltagande garanterar utveckling och omprövning av kompetens. Samtidigt finns det andra fördelar ur ett lärande perspektiv att införa obligatorisk fortbildning, vilket kan förklara skilda länder i Europa använder system och andra inte. I Sverige anges fortbildning som tidigare nämnt inte i lagen, utan är ett myndighetsansvar och omfattas därför av ett frivilligare system.

Frågan om vilka konsekvenser det medför att vissa länder har obligatorisk fortbildning och andra inte ledde slutligen till att man på europeisk nivå och med stöd av EU-kommissionen antog ett konsensusdokument gällande läkares fortbildning och CPD, vilket samtliga nordiska länder valde att delta i (Zilling 2011:18–19).

2.2 Tidigare forskning

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för forskning som genomförts på området tidigare. Vi har valt artiklar efter två olika teman. Det första temat handlar om pedagogiska processer för lärande och vilka typer av kompetenser som används och eftersöks inom professionen. Det andra temat som behandlas är organisering av offentlig hälso- och sjukvård samt hur arbetsmiljön påverkas av olika omstruktureringar som genomförts.

2.2.1 Pedagogiska processer

Artikeln *Managed continuing professional development: the evidence and the context* (2011) ger en introduktion till kontinuerlig professionell utveckling och vad det avser enligt CPD- begreppet. Enligt CPD stimuleras utveckling vid ett antal komponenter i miljön. Det bör finnas ett uttalat skäl till att utveckling behövs genom önskan eller behov till fortbildning. Det vill säga att individen eller verksamheten eftersöker ny färdighet eller yrkesuppdatering. Det ska också gå att identifiera en formell eller informell inlärningsmodell samt inkludera någon form av uppföljning. CPD- begreppet omfattar därför tre nivåer; kvalitetsförbättring (quality improvement), kvalitetssäkring (quality assurance) och kvalitetskontroll (quality control). Ett effektivt CPD-system gynnar därför personlig inläring samtidigt som det har positiva effekter på organisationen genom att möjliggöra uppfyllelse av reglerings- och kvalitetssäkringsmål (Grant 2011:8–12).

Artikeln *Orchestrating of Learning in Higher Education Through Internships* (2020) förklarar istället vilken kompetens praktikbaserade utbildningar syftar till att stimulera. Avsikten med arbetsintegrerat lärande är att förena vetenskaplig teori med erfarenhetsbaserad kunskap. Syftet är att utveckla färdigheter som utövas i yrket och samtidigt tillförskaffa sig erfarenheter på arbetsplatsen. Det går därför att särskilja mellan två olika pedagogiska perspektiv. Det teoretiska perspektivet som syftar till att analysera praxis och det praktiska perspektivet som syftar till att utveckla yrkeskunskap. Johansson och Winman (2002) menar också att den personliga inläringen ska kunna identifieras, diskuteras och analyseras för att det ska ske en kunskapsintegration som bidrar till lärande.

Artikeln ” *‘Let me through, I’m a Doctor!’ – Professional Socialization in the Transition from Education To work*” (2012) redogör istället för olika kompetenser genom att särskilja mellan två olika sfärer. Första sfären avser förberedande faktorer för läkaryrket så som medicinska kunskaper och färdigheter, men också bemötandeförmågor och kritiskt tänkande. Den andra sfären handlar istället om faktorer som fungerar som konkurrensfördelar till anställningsbarhet. Det avser därför önskvärda ideal och attribut som tex. ödmjukhet, empati och disciplin. De två sfärerna överlappas sedan genom kompetens som är viktiga för både förberedande och anställningsbara faktorer och avser bland annat stresshanteringsförmågor och teamwork-färdigheter. Författaren indikerar därför att professionell socialisation är en livslång pedagogisk process (Linberg 2012:63).

Artikeln *New Professionalism, Trust and Competence – Some Conceptual Remarks and Empirical Data* (2006) redogör för kompetens och professionalism i förhållande till varandra genom att belysa vad som kännetecknar professionell kompetens. Professionell kompetens menar författarna kan sammankopplas med det praktiska perspektivet och yrkeskunskap. Det avser därför förmågor kopplade till faktiska prestationer och färdigheter, så kallt procedurell kunskap som utvecklas genom erfarenhet. Denna kunskap kan också jämföras med implicit kunskap, vilket är en form av kunskap som är svår eller kan inte formuleras i ord. Det kan handla om förmågor som att se mönster, känna igen

eller bedöma. Författaren betonar också förmågan normativ självreglering, vilket innebär att man handlar i linje med företagens och omvärldens intresse.

Professionell kompetens anses också vara kontextualiserad. I arbetslivet innebär det att kompetensen är kopplad till faktorer i organisationskulturen som ex värderingar och hur man utför olika positionsspecifika arbetsuppgifter (Svensson 2006:583–585).

Detta innebär att professionalism i mindre utsträckning förknippas med teoretiska perspektiv och deklarativ förmåga. Det vill säga kompetens kopplat till fakta- och förståelsekunskap av praxis. Den teoretiska kunskapen sammankopplas också med explicit kunskap, det vill säga kunskap som både kan uttryckas i ord och kommuniceras till andra. Explicit kunskap tenderar därför att vara enklare att överföra än implicit, men explicit kunskap tenderar att utvecklas till implicita färdigheter eftersom deklarativ kunskap omvandlas till procedurrell (Svensson 2006).

2.2.2 Organisering av hälso- och sjukvård

Det andra temat som behandlas är organisering av hälso- och sjukvård och utgår från tre olika artiklar. Artikeln *Två decennier av new public management: arbetsmiljön i skola och sjukvård* (2015) redogör för new public management (NPM).

NPM kan beskrivas som en styrningsform med innehåll av ekonomisk styrning, marknadsorientering, mätbara prestationer och hierarkiskt ledarskap. Under 1990-talet har flertal omstruktureringar och reformer gjort i linje med NPM inom svensk hälso- och sjukvård. I teorin innebär det att offentliga tjänster rationaliseras för besparing och att arbetsuppgifter standardiseras samt att det utvecklas system för styrning och kontroll.

Forskning visar att NPM- inriktning inom offentlig förvaltning bland annat minskar inflytandet för professionella yrkesgrupper. Detta har därför också påverkat läkarprofessionens arbetsvillkor och arbetsplats. Exempel på problem som tenderar att utvecklas i organisationen är ökad administrativ börda, tyngre ansvar och högre krav (Bejerot, Forsberg & Hasselbladh 2015).

Artikeln *Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande – enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992–2010* (2011) redogör istället mer ingående för hur olika arbetsvillkor påverkats av de omstruktureringar och reformer som gjorts. Grundläggande har olika arbetssätt kommit att bli allt mer standardiserade, men det har också skett en förskjutning av ansvarsfördelning. För fortbildningsfrågan har detta inneburit att mindre tid läggs på fortbildning, forskning och inläsning. Läkare upplever också att de använder sin kompetens i mindre utsträckning samt känner mindre press till att uppdatera kompetens efter aktuellt kunskapsläge. Författarna menar därför att fokus på produktivitet, kontroll och standardisering inom offentlig hälso- och sjukvård kan påverka viktiga grundstenar inom läkarprofessionen (Bejerot, Aronsson, Hasselbladh et al., 2011).

Artikeln *Värdet av chefers etiska kompetens* (2013) har chefsuppdraget inom offentlig hälso- och sjukvård som utgångspunkt. Författaren redogör för olika etiska problem som kan följas av begränsade handlingsförutsättningar. Detta är relevant då chefer inom sjukvården omfattas av både politiska och ekonomiska direktiv och behöver därigenom balansera mellan olika politiska, administrativa, juridiska och professionella styrsystem samtidigt. Det innebär att chefer också behöver prioritera mellan olika handlingsmöjligheter när det uppstår olika intresse- och prioriteringskonflikter i organisationen.

Detta är problematiskt eftersom ekonomiska argument tenderar att väga tyngt vid beslutsfattande som berör intressekonflikter. Chefer tenderar även att känna sig styrda av ekonomiska processer då dom upplever att ledningsfunktioner oftast har fokus på dessa ekonomiska aspekter. Författaren betonar därför att politiska och administrativa styrsystem borde omfattas av en etisk dimension samt att stödsystem och utvärderingar inte endast bör utgå från ekonomiska och målrationella perspektiv (Falkenström 2013).

2.3 Artikelsammanfattning

Artiklarna har gett oss en bredare förståelse för både den organisation som läkarprofessionen verkar inom och för den kompetens som används, stimuleras och eftersträvas under både grundutbildning och arbetsliv.

Lärande i övergången mellan utbildning och arbetsliv syftar till att teoretisk och praktisk kunskap ska integreras, utvecklas och samverka med personliga attribut. Fortbildning under arbetslivet påverkas däremot av att hälso- och sjukvård omorganiseras i linje med NPM. Falkenström (2013) betonar därför särskilt vikten av etisk kompetens i chefsuppdraget, då resurser tenderar att ställas mot varandra i organisationen och intressekonflikter nedprioriteras av ekonomiska skäl.

3. Teori

Detta avsnitt syftar till att redogöra för studiens teoretiska utgångspunkter. Det första temat har ett organisationsteoretiskt perspektiv med övergripande fakta om hur organisationer verkar som helhet. Vi utgår därför från Mintzbergs idealtyper av organisatoriska grundformer och tydliggör begreppen lednings- och kontrollsystem, mål, strategier, policyer och kunskapsintresse. Det andra temat utgår istället från begreppen teoretisk och praktisk kunskapstradition. Vi beskriver också Nonakas (1991) begrepp tyst och explicit kunskap samt Jensens (2011) grundantaganden om formellt och informellt lärande.

3.1 Organisationsstruktur

Offentlig sjukvård organiseras genom politiska processer, policys, regler, förordningar, lagar, skatteunderlag och välutvecklade kontrollmekanismer. Bransch- och omvärldsfaktorer, professionen, medicinsk utveckling och den interna organiseringen påverkar också. Samtliga faktorer formar därför sjukvårdens organisationsstruktur och hur arbetsdelning, standardisering och centralisering utarbetas. Man kan därför inledningsvis särskilja mellan fem olika idealtyper av organisatoriska grundformer. Den enkla strukturen, maskinbyråkratin, den professionella byråkratin, divisionsorganisationen och ad hoc-kratin (Abrahamsson & Aarum Andersen 2015).

Grundantagandet enligt Mintzberg är att varje organisation består av fem delar. Det är en strategisk ledning som har det huvudsakliga administrativa ansvaret. Därefter mellanchefer som samordnar, övervakar och förmedlar information till och från den operativa kärnan. Den operativkärna är istället den enhet som utför det dagliga arbetet och realiserar på så sätt organisationens överordnade syfte och mål (Abrahamsson et al. 2015).

Det finns därutöver två stödjande strukturer, teknostrukturen som ansvarar för planer, rutiner och internutbildningar samt servicestrukturen som avser bland annat telefonväxel och löneutbetalning. De två stödjande strukturerna ingår inte i, utan påverkar det övergripande operativa arbetet (Abrahamsson et al. 2015).

3.1.1 Lednings- och kontrollsystem

Organisationen styrs av tydliga hierarkier och traditioner och satsningar sker ofta genom ekonomistyrning. Organisationen är också dominerad av en svårstyrd, självständig och självgående profession (Alvesson et al. 2018:50). Man använder ett självstyrt arbetssätt samtidigt som man förhåller sig till krav, regler och riktlinjer på olika nivåer.

För fortbildningsfrågan är det framför allt byråkratiska regler och riktlinjer som är av relevans. Det vill säga om teknostrukturen engagerar i obligatoriska och frivilliga aktiviteter, har pågående planer samt standarder, checklistor, föreskrifter eller policyer med förväntande mål och resultat gällande någon form av kompetens, reflektion och utvärdering (Alvesson et al. 2018:115).

3.1.2 Mål och strategier

All aktivitet i en politisk organisation går ut på att realisera de officiella målen. Målstyrning inom organisationen anses däremot vara särskilt svår eftersom delmål på olika nivåer kan kollidera med varandra. Finansiering genom skattepengar tenderar också att leda till att man satsar på områden som främst bidrar till effektivisering samt

omfördelning och tillskott av resurser, det vill säga ökad beskattning. Ekonomistyrning motiveras ofta som politiskt viktigt och dominerar därför oftast även ledningens reformer och satsningar.

Ledningen har därför både övergripande mål som ska uppnås och lokala mål för arbetsplatsen. Olika intressentgrupper representerar också ett egenintresse och somliga grupper har tolkningsföreträde. Ledningen säkerställer vidare att organisationen uppnår övergripande mål genom olika kontroll-, ledning- och styrningsmekanismer. Det kan som exempel vara kravställande och belöningsystem (Alvesson et al. 2018)

När man ska undersöka mål för fortbildning kan man ta ett antal grundantaganden i beaktande. Problem för måluppfyllelse är om målen är vaga och svåra att realisera. Det ska gå att ange när mål har realiserats samt huruvida man mäter måluppfyllelsen. Kunskapsstyrning kan däremot tendera att tolkas som kontrollerande och det kan därför finnas motstånd i organisationer till att mäta mål gällande fortbildning (Alvesson et al. 2018:52–53).

Strategier avser istället angivelser för genomförande som ska bidra till att mål realiseras. Eftersom organisationen är skattefinansierad och behovsstyrd dominerar inte faktorer som tillgång, efterfråga och konkurrens. Trots det används fortfarande olika strategier för produktutveckling och ökad effektivisering. Detta sker vanligtvis genom kunskap, metoder och tekniker som baseras på resultat från vetenskaplig forskning. Det är därför vanligt med strategiarbete som syftar till förändring av externa eller interna förhållanden samt framtida utvecklingslinjer (Alvesson et al. 2018:62–64).

3.1.3 Kunskapsintresse

En organisation kan ha olika kunskapsintressen. Begreppet belyser olika inställningar till kunskap, lärande inom organisationen och kunskapsrelaterade aktiviteter. Det går att särskilja mellan tre olika former av kunskapsintresse: teknisk, förstående och emancipatoriskt. Det tekniska kunskapsintresset är ett instrumentellt förhållningsätt som betonar praktisk och användbar kunskap. Man prioriterar organisations- och kunskapsutveckling som kommer bidra till effektivitet och att önskvärda resultat uppnås med bäst utnyttjade resurser. Detta kunskapsintresset handlar därför om att skapa och tillhandahålla resurser för problemlösning och måluppfyllelse genom produktivitet, tillväxt och social kontroll (Alvesson et al. 2018).

Inom offentlig sjukvård återfinns många tekniska och ekonomiska ledningsmetoder. Ett tydligt exempel på ett vetenskaps- och teknologiskt synsätt är evidensbaserad sjukvård. Det tekniska kunskapsintresset prioriterar den teoretiska forskningen eftersom den bidrar till att utveckla kunskapsbasen för instrumentella metoder och universallösningar (Alvesson et al. 2018).

Det tolkade förstående kunskapsintresset kan istället härledas till aspekter som kommunikation och omvårdnad. Det handlar om att tolka förhållanden, situationer och innebörder. I motsats till det tekniska kunskapsintresset finns det därför ingen angivelse på kunskap, metod och problemlösning utan beslut fattas på kompetens och förståelse för hur man bör agera i en specifik situation. Det innebär också att verksamma individer bör vara medvetna om mål och konsekvenser samt ha en förmåga att agera i enlighet med det (Alvesson et al. 2018).

Det kritiskt- emancipatoriska kunskapsintresset avser därutöver vissa ideal som självständighet och moraliskt medvetet tänkande. Det handlar dels om förmågan att agera

standardiserat, dels om att agera med autonomi. Man ser det som viktigt för organisationens långsiktiga utveckling att individer har en förmåga att också kunna problematisera genomtänka åsikter och att anställda inte överbetona ledningens betydelse. Kritiskt- emancipatoriska kunskapsintresse främjas därför av att stimulera förmågor som initiativ- och ansvarstagande, men också kritiskt undersökande och ifrågasättande av existerande normer och idéer (Alvesson et al. 2018:24–37).

3.2 Teoretisk och praktisk kunskapstradition

Förhållandet mellan teori och praktik kan förklaras som en pedagogisk process som syftar till att utveckla ny kunskap genom erfarenhet. Detta förhållande mellan teori och praktik kan därför förklaras genom begreppen ”knowing that” och ”knowing how”. Skillnaden mellan kunskapsformerna är att ”knowing that” baseras på en generell, teoretisk och dekontextualiserad kunskap. Det innebär att kunskapen inte är knuten till vissa situationer, vilket ”knowing how” däremot är. ”Knowing how” är istället kontextualiserad och kommer därför i uttryck genom praktiskt utövning (Fuglestad 1999).

Teori och praktik kan därför ses som två olika kunskapstraditioner som betraktar förhållandet mellan kunskapsformerna på olika sätt. Den teoretiska kunskapstraditionen betraktar förhållandet mellan de två kunskapsformerna som att *teori utgör grundval för praktik*. Det vill säga att praktik härledes ur teorin, vilket därför ger teorin en överordnad position. Syftet är att individen ska utveckla principer för handlande baserat på en vetenskaplig kunskapsgrund och därigenom tillämpa forskningsresultat i konkreta situationer (Fuglestad 1999).

En praktisk kunskapstradition betonar istället handling och den utövande pedagogiska praktiken. En tradition för detta praktiska synsätt är *kunskap i handling*, vilket är ett perspektiv som vill upplösa det traditionella synsättet på förhållandet mellan teori och praktik. Kunskap i handling betonar att kunskap och handling är ett. Den viktigaste kunskapskällan är därför konkreta handlingar och erfarenheter (Fuglestad 1999).

Viktiga aspekter för kunskapsutveckling är därför reflektion, institution, upplevelser och kontext. Det avser förmågor som att kunna läsa av situationers ansikten, agera med vaksamhet och att vara medveten, reflekterande, nyskapande, genuin och att beakta etiska aspekter av de mänskliga handlingarna (Fuglestad 1999:37–48).

Teoretisk och praktisk kunskap kan därmed jämföras med begreppen tyst och explicit kunskap. Nonaka (1991) redogör för dessa begrepp tillsammans med en modell för kunskapsöverföring och hur de olika kunskapsformerna skapas och omvandlas.

3.2.1 Tyst och explicit kunskap

Tyst kunskap förekommer i varje individs unika erfarenheter och tenderar därför också att tas för given. Denna kunskapsform är svår att formulera och överföra till andra. Man kan därför jämföra denna form av kunskap med den praktiska kunskapstraditionen (Nonaka 1991).

Explicit kunskap är istället definierbar och är ofta formellt uttalad och nedskriven i rutiner. På så sätt blir kunskapen relativt enkel att överföra och kan i och med det jämföras med den teoretiska kunskapstraditionen istället. Enligt Nonaka rör sig de två olika kunskapsformerna i en pågående spiral-process bestående av olika steg (Nonaka 1991).

I början av spiralen ska den tysta kunskapen översättas och tolkas. Detta görs genom observation, inläring och återupprepning. Ett problem i denna fas kan vara att

verksamheter standardiserar arbetsmetoder för att uppnå ökad effektivitet. Det är ett problem eftersom det bidrar till det inte ges tillräcklig med tid för att kunskapsöverföring ska hinna ske. Det utvecklas inte heller unika och personliga arbetssätt utan framför allt standarder för hur man ska och bör förhålla sig (Nonaka 1991).

Andra steget i spiralen är att explicit kunskap överförs till explicit kunskap, vilket istället sker i olika arbetsrelaterade situationer där man diskuterar och formulerar hur arbetsuppgifter ska och bör utföras i praktiken. Avgörande för överföringen är att kunskapen definieras skriftligt, vilket numera underlättas genom olika databaser. Problem i denna del av processen är när utvecklandet av ny kunskap motverkas av att allt fler arbetsuppgifter blir formulerade i manualer (Nonaka 1991).

I det tredje steget överförs slutligen tyst kunskap till explicit. Detta sker när den definierade och angivna tysta kunskapen, inläses och internaliseras av andra individer i praktiken. Det vill säga teoretisk kunskap omvandlats till praktisk kunskap. Kunskapsöverföring förblir slutligen en ständigt pågående process eftersom man vid internalisering av ny kunskap tenderar att upptäcka nya utvecklingsbehov (Nonaka 1991:95–106).

3.2.2 Formellt och informellt lärande

Det finns många olika typer av fortbildningsaktiviteter för läkarprofessionen. Enligt Jensens (2011) resonemang kan man särskilja aktiviteter som tillhörande antingen formellt eller informellt lärande utifrån ett antal faktorer.

- Är organisationen eller individen initiativtagande till aktiviteten?
- Är individen medveten om och har förväntningar på lärandesituationen?
- Synliggörs innehållet för lärandet genom olika styrdokument?
- Finns det tydlig avsikt, innehåll, utvalda, plats och tidpunkt för aktiviteten?
- Är lärandet primärt eller sekundärt?

Formellt lärande sker när organisationen är initiativtagande till aktiviteten och individen är därför också medveten om och har förväntningar på lärandesituationen. Innehållet i aktiviteten är formulerad i olika typer av dokument och har angiven avsikt, innehåll, plats och tidpunkt. Lärandet blir på så sätt primärt. Tvärtom sker informellt lärande när individen själv tar initiativ till aktiviteten eller när individen befinner sig omedvetet i en lärandesituation. I sådana situationen är lärandet istället sekundärt och förhållanden påverkas inte av förutbestämda innehåll, angivelser eller dokument (Jensen 2011).

4. Metod

Under denna del kommer metodologi, metodansats, datainsamling, metodval, metodinstrument, urval, tillvägagångssätt, analysmetod och etiska aspekter att presenteras. Kapitlet syftar till att redogöra för den forskningspraktik som genomförts för att på så sätt möjliggöra transparens och trovärdighet.

Studien utgår från en kvalitativ metod då syftet är att utveckla kunskap av människors erfarenheter och perspektiv. Det innebär att vi kommer använda ord som datakälla och analysenhet. Metoden är också lämplig för en småskalig studie som söker detaljerande beskrivningar från ex. ett litet antal individer inom en bestämd profession. Fördel med den kvalitativa metoden är därutöver att man kommer närmre empirin och får därigenom en fördjupad förståelse för senare analys (Denscombe 2018:23).

Vi ansåg att en kvantitativ metod inte var lika lämplig för studiens syfte eftersom fenomenet inte kan beskrivas lika tydligt med hjälp av siffror. Studiens utgångspunkt är hur enskilda läkare tolkar möjligheten till fortbildning och hur man upplever att den aktuella arbetsplatsen hanterar fortbildningsfrågan. Att tolka och uppleva verkligheten är processer som framför allt förekommer i det enskilda tänkandet och det är därför svårt att få en fördjupad förståelse för dessa processer om man använder kvantitativa metodinstrument som ex enkät. Vi ansåg därför att den kvantitativa metoden inte skulle kunna ge oss en lika fördjupad förståelse för fenomenet och därför lämpade sig också den kvalitativa metoden bättre för att besvara studiens frågeställningar (Rennstam & Wästerfors 2015:13).

Vald forskningsansats är fenomenologin då vi är intresserade av att tolka och beskriva tankar, åsikter och uppfattningar som läkare har om fortbildningsmöjligheter. Fenomenologin är lämplig eftersom vi vill tolka synsätt på vidareutbildning och analysera rutinmässiga aktiviteter som utförs och som kan tänkas främja pedagogiska processer (Birkler 2008). Inom fenomenologin är det också viktigt att betona att forskaren är deltagare i den sociala värld som ska undersökas.

Som forskare ska man därför ha ett humanistiskt perspektiv på omvärlden då alla människor konstruerar verkligheten genom att uppleva och tolka omgivningen. För denna studie innebär det att vi kommer basera antaganden om studiens resultat utifrån hur vi som individer tolkar fenomenet utifrån ett sunt förnuft (Denscombe 2018).

Det är därför särskilt viktigt att vara medveten om de vardagliga antaganden och övertygelser som man har, för att på så sätt kunna begränsa dess inverkan på studiens resultat. Motivationen är därför att senare redogöra för empiri som är troget originalet och som inte influerats av våra förhandsantaganden (Denscombe 2018).

Det finns därför också olika förhållningssätt att ha i åtanke när man bedriver forskning med fenomenologisk ansats. Man ska bland annat försöka inta en främlings position, vilket innebär att vi inledningsvis kommer fokusera på grundprinciper för hur fenomenet fungerar i verkligheten. Därutöver ska man ta hänsyn till att alla informanter betraktar samma fenomen på olika sätt beroende på tidpunkt och omständighet. Varje version ska däremot alltid vara lika giltig (Denscombe 2018:192) och vi har därför försökt att vara självmedvetna och reflekterande under hela forskningsprocessen.

4.1 Metodval

Vald forskningsmetod är intervju och skriftliga källor, vilket vi anser kommer vara användbart för att utveckla både tydligare och fördjupad förståelse om forskningsområdet. Intervju som metod innebär att vi använder informanternas ord, åsikter och erfarenheter som datakälla. Den kvalitativa intervjuer vill också förstå verkligheten utifrån informanternas synvinkel och utvecklas mening ur deras erfarenheter och vi valde därför semistrukturerade intervjuer med öppna frågor (Denscombe 2018) Totalt intervjuades 6 informanter.

Innan genomförande av datainsamling konstruerades en intervjuguide med ett antal färdiga frågor och ämnen som skulle diskuteras och besvaras. Denna guide följande samma teoretiska utgångspunkter som tidigare teoriavsnitt och teman var därför organisationsstruktur, kompetens och lärande. Vi anser att dessa teman sammanbands väl för att kunna besvara studies syfte och frågeställning. Att intervjun är semistrukturerad innebär att vi är flexibla med ändringar i frågornas ordningsföljd samt att vi ger utrymme för informanter att utveckla sina svar och synpunkter. Intervjun kommer efter godkännande att spelas in för att kunna transkriberas och bearbetas i senare analys (Denscombe 2018:269).

Intervju som metod är lämplig eftersom det ger en mångsidig bild av informanternas livsvärld och nyanserade beskrivningar om enskilda erfarenheter, upplevelser och tolkningar av olika pedagogiska processer (Rennstam & Wästerfors 2015:28). Intervju som metod bidrar därför till en fördjupad förståelse samtidigt som informanten själv ges utrymme att belysa frågor som upplevs viktiga och relevanta för studiens syfte (Denscombe 2018:193). I och med Covid-19 har intervjuerna däremot genomförts på zoom. Med den metoden kunde vi åtminstone möta informanterna ansikte mot ansikte i realtid. Vi anser att detta var mest fördelaktiga under rådande omständigheter och vi upplever inte heller att det kom att påverka studiens genomförande eller resultat.

Vi har också använt olika typer av dokument för att undersöka vad som har skrivits om fenomenet tidigare. Dokumentär forskning innebär att man använder skriven text och digital kommunikation. Vi har valt att göra det för att kunna använda vissa kompletterande belegg i vår argumentation. Vi har därför använt referegranskade artiklar och statspublikationer då denna typ av data ofta är trovärdig, objektiv, uppdaterad och faktabaserad (Denscombe 2018).

Alla dokument som har använts har även utvärderats efter fyra grundläggande kriterier. Det avser autenticitet, det vill säga att dokumentet är äkta, men också representativt samt att innebörden är tydlig och riktig. Däremot har vi inte endast samlat fakta från dokumenten utan också försökt tolka hur reglering och styrning kan samverka med pedagogiska processer. Detta är viktigt att ha i åtanke då denna studie, liksom alla dokument, är ett resultat av val som människor gjort och därför också en social konstruktion och ingen opartisk bild av verkligheten (Denscombe 2018:322–329).

4.2 Urval och tillvägagångssätt

Inom kvalitativ forskning är det svårt att göra ett strikt sannolikhetsurval då man har andra typer av begränsningar i urvalsprocessen. Vi har därför varit måna om variation mellan informanterna, även om urval baserat på expertis i grunden är ett icke-sannolikhetsurval (Denscombe 2018).

I urvalet följde vi principerna för flerstegsurval. Det innebär att urvalet görs i olika steg och varje urval görs utifrån det tidigare urvalet. I praktiken innebär det att vi genom vår första kontakt etablerade nya kontakter. På så sätt skapades ett urval i olika nivåer. Man ska däremot ha i åtanke att vår studie inte syftar till att dra giltiga slutsatser. Att urvalet genererar information och ger insikter blir därför viktigare än att resultatet blir exakt representativt för hela populationen. Man kan däremot diskutera om flerstegsurvalet också kan tolkas som ett bekvämlighetsurval. Därför har vi försökt vara medvetna om det under hela urvalsprocessen och inte påverka vilka som deltar (Denscombe 2018:58–63).

På grund av situationen med covid-19 var det däremot svårt för oss att etablera kontakter med informanter. Vi fick slutligen kontakt med en läkare som vid det tillfället berättade att fortbildning är en omdiskuterad fråga inom verksamhetsområdet, men också internationellt. Vi sökte därför efter dokument för att undersöka området och började vid den tidpunkten fundera på om utbildningsfrågan kunde samverka med hur organisationen styrs och regleras. Denna läkare kunde sedan presentera oss för en kollega som kunde delta i studien och denna blev vår första informant. På så sätt fick vi tillträde till forskningsområdet och studien blev av praktiska skäl genomförbar.

Totalt intervjuades sex läkare och dessa kom att bli verksamma i både Sverige och Danmark. Då urvalet skedde succesivt i olika nivåer så blev det att danska deltagare tillkom efter hand. Vi bedömde däremot att nationalitet inte var avgörande för studiens resultat eftersom hälso- och sjukvård organiseras liknande i det nordiska länderna.

Samtliga informanter arbetar också på sjukhus. En informant är AT-läkare och en informant är ST-läkare. Resterande fyra informanter är under pågående specialistutbildning. Man ska därför ha i åtanke att dom befinner sig på olika positioner i organisation och har varit arbetsverksamma olika länge. De har därför också olika erfarenheter av fenomenet som undersöks. På grund av etiska grundantaganden kommer vi däremot inte ge ytterligare information om informanternas bakgrund, namn eller aktuell arbetsplats.

4.3 Databearbetning och analysmetod

Denna studie tar avstamp i fenomenologi och databearbetning sker därför i enlighet med principer för den forskningsansatsen. Gemensamt är att analysen syftar till att förenkla och begripliggöra insamlat material. Inom fenomenologin vill man framför allt beskriva erfarenheter för att besvara studiens syfte och inte endast fokusera på att analysera materialet. Motivationen är därför att resultatet efterliknar den ursprungliga empirin och att vi belyser skillnader och likheter som är framträdande (Denscombe 2018:191). Intervjun spelas under genomförandet in, för att senare kunna transkriberas.

Analys sker vidare genom kategorisering, vilket innebär att man sorterar och identifierar gemensamma nämnare i materialet för att kunna sortera och bearbeta empirin. På så sätt skapas också en systematisk begreppsbyggnad. Inledningsvis sker detta genom öppen kodning för att sedan omformas och slutligen resultera i någon form av en selektiv kodning. På så sätt kan vi tydliggöra eventuella nyckelkomponenter som framkommer, men också kontrollera kategorierna mot befintlig teori (Denscombe 2018:400). Empirin kommer sedan att analyseras i bakgrund av tidigare teoriavsnitt.

4.4 Etiska riktlinjer och forskarens roll

Innan vi påbörjade studien gjorde vi en gemensam riskbedömning om informanter kan lida skada av att delta i forskningen. Detta görs för att man ska undvika studier som

innehåller många etiska risker (Denscombe 2018:21). Vi bedömde att informanterna och den yrkesgrupp de representerar inte löpte någon risk med att delta.

Huvudprinciperna för forskningsetik kan vidare sammanfattas i fyra punkter. Dessa är att man ska skydda informanternas intressen, kunna garantera att deltagandet följer informerat samtyckte, forskningen ska bedrivas med vetenskaplig integritet och utan falska förespeglningar samt följa nationell lagstiftning (Denscombe 2018).

Att skydda informanternas intresse handlar dels om att göra en riskbedömning över deltagandet, men också att information hanterarnas på ett konfidentiellt sätt och att det publicerade resultatet inte avslöjar individernas identitet. Frivilligt deltagande och informerat samtyckte innebär att informanterna inte är tvungna att delta samt att dom har tillräcklig information om forskningens ändamål. Informanterna har i denna studie samtyckt till att både delta i studien och att deras erfarenheter används som forskningsdata (Denscombe 2018).

Vetenskaplig integritet betonar istället aspekter som tydlighet och transparens men också att studien följer professionell standard. Det handlar dels om att samla in och analysera data ärligt och objektivt, dels att analysera data opartiskt och utan personliga preferenser. Vi har också säkerställt att insamlad data förvaras på ett säkert sätt (Denscombe 2018:438–446).

Validitet och tillförlitlighet är begrepp som man också kan ha i åtanke inom den kvalitativa forskningen. Vi har framför allt försökt presentera en tydlig och trovärdig metodbeskrivning, men också vart eftertänksamma med hur vi bearbetar och analyserar insamlat material. Avslutningsvis ska man också ta forskarens roll i beaktande och vi har därför redogjort för dessa etiska beslut som vi tagit och på så sätt även reflekterat över ett moraliskt ansvar och studiens bidrag till forskning (Denscombe 2018).

4.5 Metoddiskussion

Vi anser att vald metod har fungerat väl för studien eftersom den kvalitativa metoden har gett oss en fördjupad förståelse för hur informanter upplever möjligheten till fortbildning. Det som främst varit problematiskt är istället rådande omständigheter med covid-19. Det var inledningsvis svårt för oss att etablera kontakter och när vi väl påbörjat urvalsprocessen visade det sig att informanter också var verksamma i Danmark.

För denna studie innebar det att vi inledningsvis hade koncentrerat oss på organisatorisk fakta i en svensk kontext, för att senare inkludera informanter verksamma i en dansk kontext. Vi resonerade kring vad det skulle kunna innebära för vår studie men bedömde att det inte påverkade studies resultat. Hälso- och sjukvård organiseras liknade i samtliga nordiska länder och omfattas av samma nationella och internationella principer. Möjligtvis hade vi kunnat välja att jämföra svenska och danska upplevelser, men det hade också inneburit omfattade förändringar i vår uppsatsidé. Vi valde därför att försätta med den ursprungliga idéen och anser också att vi kan dra liknande slutsatser i och med de likheter som återfinns mellan ländernas organisering av offentlig sjukvård.

Ett annat problem kopplat till pandemin var att vi behövde genomföra internetbaserade intervjuer. Vi var inledningsvis oroliga för att detta skulle bidra till att intervjuerna inte blev lika detaljerade och djupgående. Möjligtvis hade vi kunnat få ett grundligare material och personligare kontakt om vi träffat informanterna i verkligheten, men detta har inte heller påverkat studies resultat märkbart. Genom medel som ex. zoom kan man fortfarande mötas ansikte mot ansikte i realtid och det har fungerat väl för oss.

Vi har också arbetat metodiskt med litteraturgenomgång för att på så sätt hitta relevant, trovärdig och vetenskaplig litteratur för studiens syfte. Samtlig litteratur har valts utifrån studiens centrala teman. Det avser dels det organisationsteoretiska perspektivet, dels det pedagogiska aspekterna av kompetens och lärande. Valda dokument i studien är som tidigare nämnt främst referegranskade artiklar och statspublikationer. Vi har gjort det valet eftersom dessa källor kommer från etablerade och granskade utgivare. Vi har också varit måna om att välja förstahandskällor när det varit möjligt, men vi har också fått använda sammanfattande litteratur som vi bedömt trovärdiga. Vi har använts oss av fyra principer när vi granskat den litteratur som använts och dessa principer utgår från begreppen äkthet, tendens, tid och beroende (Thurén 2003).

Det innebär att vi i enlighet med begreppet tendens reflekterat över hur källans pålitlighet påverkas av författarens avsikter. Samtlig litteratur utgår från forskare som har en väletablerad ställning inom forskningsområdet. Detta tydliggörs bland annat genom att vissa författare återkommer i flera artiklar och i olika typer av samarbeten med varandra. Med begreppet tendens vill man motverka att det finns ett personligt intresse kopplat till källan som används, då det kan påverka trovärdigheten. Vi kontrollerade därför också vad artikelförfattarna hade publicerat tidigare samt vart artiklarna har publicerats. Vi har också varit måna om att uppnå en variation gällande utgivare och utgivningsår. Framför allt har vi prioriterat källor som ligger närmre i tiden (Thurén 2003).

Begreppet beroende syftar vidare till om det finns viss information som man bör ha i åtanke, medan begreppet tid utgår från att upplevelser också kan påverkas av att tänkandet förändras. Det sista begreppet äkthet handlar om att källan ska vara det som den utger sig för att vara och att den inte är förfalskad eller utgår från missvisande grunder (Thurén 2003). Genom att utgå från och granska vald litteratur utifrån dessa principer har vi bedömt att de källor som använts är trovärdiga och vetenskapliga.

De sökmotorer som har använts är främst LubSearch och Google Scholar. Många olika sökord har använts och utvecklats kontinuerligt. Där ibland begrepp som organisationsstruktur, offentlig förvaltning, hälso- och sjukvård, NPM, läkarprofession, fortbildning, arbetsvillkor, kompetens och lärande i arbetslivet. Dessa begrepp har också använts relaterat till olika vetenskapliga discipliner som ex. pedagogik, samhällsvetenskap, utbildningsvetenskap och hälso- och sjukvårdsorganisation.

5. Resultat

I detta avsnitt kommer insamlad empiri att presenteras och återges. Innehållet är tematiserat och kategoriserat utifrån studiens forskningsfrågor. Det första temat behandlar fortbildningsaktiviteter som återfinns i en läkares tjänstgöring samt individuella upplevelser om möjligheter och förutsättningar till fortbildning. Det andra temat syftar istället till organisationsstrukturen och hur fortbildning organiseras formellt på arbetsplatsen. Totalt har 6 informanter intervjuats. En informant är AT-läkare, två informanter är på I-position i ortopedkirurgi, en ST-läkare i psykiatri, en ST-läkare i allmänmedicin samt en avdelningsläkare med specialistutbildning i oftalmologi.

5.1 Tjänstgöring; arbeta och utbildas

Lärande är en ständigt pågående process för en läkare. En informant beskrev det som att man aldrig stoppar vid att lära och att man jobbar samtidigt som man lär, då man inte kan lära allt på en gång. För att bli legitimerad läkare har man avlagt läkarexamen och fullgjort allmäntjänstgöring som AT-läkare. Därefter kan man göra specialiseringstjänstgöring som ST-läkare och få specialistkompetens inom ett medicinskt huvudområde. Efter avslutad ST-tjänst kan man därutöver fortsätta med underspecialisering i sin specialitet genom olika specialutbildningar inom ämnesområdet och andra angränsande områden. Att arbeta och utbildas genom arbetet är därför en naturlig del av yrket.

De läkare som intervjuats i denna studie är verksamma i både Sverige eller Danmark. Gemensamt för länderna är att specialistutbildningen är totalt 5 år, varav de 12 första månaderna är en introduktionsutbildning inom ett specialistområde. Läkaren presenteras då till en specialitet som ex. oftalmologi eller psykiatri och specialiteten introduceras för läkaren. På så sätt introduceras man till huvudområdet och prövar om den valda specialistkompetensen matchar de förväntningar som finns. Introduktionsutbildningen ger sedan behörighet till att söka resterade 4 år av specialistutbildningen.

Under pågående ST-tjänst särskiljer man mellan I-position och ST-position, vilket i Danmark motsvaras av I- eller HU-position. En läkare verksam i Sverige förklarar att ”efter legitimation så öppnas möjligheten för specialisttjänstgöring som i princip kan göras vart som helst i landet bara man kommer igenom arbetsintervjun”.

Under I- och ST/HU-position arbetar läkaren under handledning i kombination med kompletterande utbildning. Denna form av tjänstgöring omfattas därför av specialspecifika mål och kompetenskrav som ska uppnås och godkännas av aktuell avdelning, handledare och socialstyrelsen, vilket i Danmark motsvaras av sundhetsstyrelsen.

5.1.1 Fortbildningsaktiviteter inom och utanför sjukhuset

I-ST/HU- och sidotjänstgöring är fortbildningsaktivitet för läkarprofessionen. För att tillförskaffa sig färdigheter och förvärva kompetens under tjänstgöringen finns det sedan olika utbildningsaktiviteter som både inom och utanför sjukhuset.

Konferenser och kurser är vanligt förekommande för att uppdatera kompetens. Det finns inledningsvis obligatoriska kurser beroende på I- eller ST/HU-position, specialistområde och aktuell avledning, men också frivilliga specialkurser. Samtliga informanter berättar också om vägledande pedagogiska kurser och ledarskapsutbildning som erbjuds i regionen. Som specialistläkare har man även rätt till kurser genom facket årligen. Att

delta i konferenser upplevs av informanterna som en bra källa till evidensbaserad kunskap av hög kvalitet samt en god möjlighet för att etablera kontakter med kollegor. Samtliga aktiviteter underlättas också av tillgång till kvalitetssäkra online resurser.

Samtliga informanter redogör också för undervisning som sker på den enskilda avdelningen. På arbetsplatsen har bland annat angiven tid och dag i veckan för undervisning med avdelningen. Därutöver har man också årliga temadagar. En informant berättar att;

Undervisningen ”strävas efter” för alla läkare, och oftast är det äldre läkare som måste undervisa yngre läkare. Det är utmärkt och har ett brett fokus. Den delen erbjuder all avdelningar.

I Danmark är även begreppen utbildningsläkare, (UAO) och utbildningsansvarig yngre läkare (UKYL) återkommande. UKYL har bland annat ansvar för att förmedla kommunikation, trivsel på avdelningen samt om något ska eller bör förändras. En informant på I-position förklarar sin upplevelse om undervisning och yngre läkare som undervisning på en avdelning där yngre läkare undervisar varandra med ”minimal utbyte som resultat”;

Oftast undervisar yngre läkare andra yngre läkare, dvs du undervisas av någon som är lika oerfaren i vad de undervisar som du är. De äldre läkarna kommer motvilligt att delta i denna utbildning, trots att de knappast kräver mycket förberedelse från deras sida. Istället får du obefintlig tjänstgöring från någon som lika gärna kan läsas från en bok.

På arbetsplatserna har man också dagliga konferenser med eller utan specialspecifik undervisning. Denna aktivitet syftar till att verksamma läkare för den aktuella dagen tillsammans ska diskutera hur de ska gå tillväga för att värdera en viss patient. Att värdera en patient är därför också en aktivitet som är relevant i fortbildnings-sammanhang eftersom aktiviteten, kallat stuegangs arbete i Danmark, är fortbildande.

Stuegangs arbete syftar till alla de aktiviteter som läkaren utövar för att värdera patienter som är inlagda på den aktuella avdelningen. Det avser därför olika kliniska undersökningar som genomförs i samband med givna tillstånd och sjukdomar. Stuegangs arbete som fortbildningsaktivitet förklaras av informanterna med begrepp som ”lärande genom arbete, learning by doing, vara ett med arbetet”. Informanter kopplar också aktiviteten till förmågor som ”vad är nästa steg, definiera problemet, skicklighet”.

Stuegangs arbete under I- och ST/HU-position omfattas också av det som kallas sidomansupplärning, vilket kan jämföras med fokuserad vistelse och auskultation. Detta innebär att en kollega som ”är äldre än dig i erfarenhet ska lära ifrån sig”. Läkaren redogör då i samråd med en handledare eller kollega för hur man resonerar, tänker och värderar kring arbetsuppgifter som utövas. På så sätt utvecklas både befintlig kompetens och ny kompetens som ska läras under pågående tjänstgöring.

Inledande kan sidomansupplärning ske genom kurser, för att sedan kompletteras med observation av när andra utövar färdigheten samt övning under handledning eller övervakning. Slutligen kan momentet utföras självständigt. Sidomansupplärning och övervakat arbete beskrivs också av informanterna med begreppet ”learning by doing”. En informant förklarar att det ”hjälper läkaren att tillämpa den teori jag lärde mig i ’den verkliga världen’...”. En annan informant berättar att man har ”30 minuter varje dag för handledning och 1 dag i veckan i en timme när man går in i djupet av ett ämne”.

Vanligt under pågående I- och ST/HU- utbildning är att läkaren också kombinerar tjänstgöringen med doktorsexamen via forskning. En informant förklarar att den främsta aktiviteten som bör göras utanför sjukhuset är att läsa medicinska artiklar och böcker, då det är en ”grundstenen för utveckling till en fantastisk läkare”. Detta kan också kombineras med forskningsträning, grundkurser och undervisning i att forska, skriva artiklar och läsa bedömningar.

Som exempel på fortbildningsaktiviteter benämner informanterna även yrkesföreningar som Neurological society och yngre yrkesföreningar som ex. för unga psykiatriker. Möjligheterna till fortbildning inom och utanför sjukhuset är därför många och pågår ständigt i det kliniska arbetet oavsett om aktiviteten är formell eller informell.

5.1.2 Föreskrivna och frivilliga fortbildningsaktiviteter

Informanterna redogör för både obligatoriska och icke-obligatoriska fortbildningsaktiviteter. Under I-och ST/HU-utbildning finns det olika nationella obligatoriska mål och krav som ska uppnås och godkännas på olika nivåer. Som exempel redogör en informant på I-position i ortopedkirurgi för 6 obligatoriska kurser med undervisning inom specialspecifika områden. En annan informant på ST/HU-position berättar att;

Längs vägen finns lite forskningsaktiviteter som är obligatoriska i HU-position. Jag har planer på minimus subspecialisering med expertutbildning inom rättspsykiatri och psykoterapi. Jag kanske vill återvända till forskning senare och göra en doktorsexamen, men det är den sista prioriteringen

Läkarprofessionen har därutöver ansvar i att vara uppsökande i fortbildningsaktiviteter för att på så sätt kunna upprätthålla och utveckla kompetens i enlighet med samhällets föränderliga kunskapsläge. Exempel på aktiviteter utanför sjukhuset kan vara nationella konferenser och kurser som man antingen betalar för själv eller med ekonomiskt stöd från avdelningen. Därutöver finns aktiviteter som forskning och att granska artiklar. Detta deltar läkaren i utanför arbetstid. En informant på I-position förklarar sin upplevelse av fortbildningsaktiviteter som att;

Många arbetsplatser förväntar att man använder ”intressetimmor”, dvs ens fritid. Det är främst för allt som inte produceras för institutionen för lärande förväntas vara något du tar hand om själv på din fritid.

Man förklarar också att förutsättningar för lärande i organisationen påverkas av yttre faktorer. På grund av pandemin har man som ex. inte haft samma utbyte av patienter och därför gått miste om inläringar. En informant förklarar att ”det kan vara svårt att uppnå färdigheter eftersom det inte finns samma utbyte som förr”. Även internutbildningar och kurser på arbetsplatsen har blivit lidande. En informant berättar att ”under Corona-perioden fanns inget sådant erbjudande heller”.

5.1.3 Individuellt fortbildningsansvar

Läkarens ansvar att utveckla kompetens i enlighet med aktuellt kunskapsläge efter avslutad utbildning ses som en självklar del av en läkares ed enligt informanterna. Vi frågade om hur man upplever att arbetsplatsen underlättar för dessa fortbildningsansvaret och resultatet visade tydligt de engagemang och ansvar som informanterna personligen känner inför fortbildningsfrågan. Samtliga informanter är tydliga med att poängtera att fortbildning är ett högst självständigt ansvar som man enligt ed inte kompromissar med, oavsett den aktuella arbetsplatsens engagemang.

Min avdelning prioriterar förmodligen verksamheten mer, men jag kommer bara att arbeta om min professionella kvalitet är hög och jag vill inte kompromissa med min professionella kvalitet för verksamheten. Det är inte lätt, och det är ett stort ansvar som ligger hos den utbildningssökande läkaren

Jag har medvetet valt att när jag avslutar min HU-utbildning ska jag förhandla om ytterligare 2 expertutbildning, som jag hoppas att min avdelning kommer att betala för, annars överväger jag att betala för det själv. Det är viktigt för mig personligen att vara i spetsen för min specialitet

5.1.4 Fortbildningsplan

Introduktion- och specialistutbildningen följer som tidigare nämnt en nationell utbildningsplan med särskilda krav på kompetenser beroende på specialistämne. Gällande en individuell fortbildningsplan varierar upplevelsen beroende på om informanten är på I- eller ST/HU-position eller anställd avdelningsläkare. Under utbildningen kan yngre läkare behöva göra en egen läroplan, en informant på I-position förklarar;

Det går mycket ut på att fylla i kursplanen och spendera tid på den, men i slutändan är det slöseri med tid eftersom det aldrig följs upp och om det finns saker du inte lär dig, avstår institutionen från allt ansvar för det och för att se till att det skapas möjligheter för att det ska läras senare

Den andra informanten på I-position förklarar att denna inte har någon individuell fortbildningsplan samt att man inte har tillgång till en handledare just. På ST/HU-position redogör man inte heller för någon individuell fortbildningsplan, utan hänvisar till de olika fortbildningsaktiviteterna som sker dagligen när man granskar och hanterar patientfall. Informanterna fördjupar sig även i olika ämnen veckovis och individualiserar på så sätt sina kompetenser genom praktisk utövning. En informant på ST/HU-position förklarar att man efter avslutad ST/HU-tjänst utarbetar en fortbildningsplan tillsammans med den avdelningen man blir anställd på. Man betonar däremot att ”det kommer inte gratis”. Jag förväntar mig själv att ställa krav på det själv och förhandla om det”. Den specialistläkare som har intervjuats redogöra för en individuell fortbildningsplan. Denna är inriktad på;

- 1) Att behandla specifika grupper av patienter
- 2) Att vara medlem i ett team som behandlas dessa grupper av patienter
- 3) 10 dagar om året följa en expert inom området
- 4) delta i konferenser om ämnena för denna grupper av patienter

Gällande uppföljning och utvärdering av den individuella fortbildningsplanen så redogör informanterna för tre faser som är handledarberoende. Start, mitt och slut. De olika faserna anger vad som ska uppnås och inkluderar feedback. En informant berättar dock att ”oftast är ’inga nyheter goda nyheter’ och ”om du hör något är det för att de är något du behöver bli bättre på”. En annan informant berättar att ”äldre kollegor är ofta mycket villiga att vara kritiska”. Informanterna redogör också för en möjlighet till reflektion och utvärdering genom specialspecifika kort, vilket används frivilligt. För en specialistläkare följs däremot inte fortbildning upp, men utvärderas årligen samt att det använder standard obligatoriska utvärderingar för reflektion.

5.2 Arbetsplatsens fortbildningsarbete

Informanternas arbetsplatser erbjuder internutbildning och internatkurser samt obligatoriska kurser, handledarmöten och aktiviteter som ingår i en I- eller ST/HU-utbildning, som ex. veckovis undervisning. Det kan också vara fortbildningsaktiviteter som ges i uppdrag av arbetsplatsen eller i form av volontärarbete. Som färdig specialistläkare sker beslut gällande individuell fortbildning i samråd med chef. Aktuell överläkare ansvarar sedan för utbildningen och godkänner en inlärningsplan som planeras

tillsammans med överläkare, sjuksköterska och mentor, vilket vanligtvis avser en äldre kollega med mer erfarenhet.

Ledningssystemet är enligt informanterna inte uppsökande i fortbildningsfrågan. Samtliga informanter betonar istället läkarens egenansvar att kontinuerlig söka kunskap självständigt. En informant förklarar att ”du ska alltid vara uppsökande själv, hela tiden och hela tiden”, ”det kommer inte frivilligt du måste ständigt tillåta dig att gå i lektioner och inte stanna i produktion”.

Kontrollsystem för att säkerställa att krav och kompetens uppnås under I- och ST/HU-utbildning bland annat genom loggbok. En informant redogör också för möjlighet till ekonomiskt stöd för utgifter till utbildning från avdelningen. För att den befogenheten ska vara aktuell krävs det att man deltar i två specifika nationella konferenser årligen.

Information om utbildningsmöjligheter introduceras läkaren för under pågående utbildning. De har sedan olika resurser att tillhandahålla för vidare uppdatering. Under I- och ST/HU-position sker det bland annat genom handledare och loggbok. Exempel som webbplatser och fackföreningen YODA nämns också. Det finns även information om utbildning på anslagstavlor i ex. konferensrum. För att identifiera utvecklings- och implementeringsbehov på en avdelning användes istället befattningarna UAO och UKYL. Dessa ansvarar för att förbättra I- och ST/HU-utbildningen samt ge introduktioner och information gällande relevanta aktiviteter som ingår.

Genomförd utbildning registreras inte heller av ledningssystemet. Under I- och ST/HU-position sker registrering främst genom loggbok och kompetenskort. En informant påpekar att man önskar att HU-kursen ska registreras när man är färdig specialist. Den avdelningsläkare som intervjuats förklarar att utbildning endast registrerar om ämnet benämnts i protokollet från det årliga mötet.

Att vara uppsökande, hitta information och fråga anses däremot vara den främsta resursen. Man betonar att utbildning är ett eget ansvar som kräver självstudier och att man ständigt ska vara uppmärksam på det personliga lärandet.

5.2.1 Mål och strategier

Mål avser framför allt specialspecifika krav och utbildningsplaner som är aktuella under I- och ST/HU-utbildning. Inriktning och mål med individuell utbildning planeras i samråd med aktuell avdelning och loggbok används för att säkerställa att mål och kompetenser uppfylls. På så sätt hjälper avdelningen läkaren att få rätt kvalifikationer. Mål kategoriseras efter olika områden inom huvudområdet, men omfattar också mål gällande kommunikation, samarbete, ledarskap, forskning och professionalitet. Ingen av informanterna på I- och ST/ HU-position redogör för formella strategier för utbildning. Som exempel på policyer tar en informant upp befattningen UKYL.

Informanterna berättar att det inte finns några definierade policyer, strategier eller mål gällande utbildning för en avdelningsläkare. Det är ett egenansvar att söka information, ställa krav och vara uppsökande. En informant förklarar utbildning som att ”du är din egen chef, bestämmer din egen utbildning och kurser säkerställer vad du gör i din praktik och vad du vill göra i praktiken”. Arbetsgivare och avdelning deltar därför inte i utbildningsfrågan för enskilda specialister. På frågan hur man hade kunnat skapa bättre förutsättningar för utbildning svarade en informant att;

Jag tycker att det borde finnas specifika mål att uppnå, inte bara under specialiseringen utan också efteråt. Dessa mål ska vara nationella, så kvaliteten på fortbildning är densamma på alla avdelningar.

5.2.2 Nationella riktlinjer

De nationella riktlinjerna för fortbildning avser enligt informanterna främst de specialplaner som finns för alla specialutbildningar. Dessa planer innehåller bland annat förklaringar om kompetenser man måste ha inom huvudområdet. På I-position krävs det som ex. att kraven sker inom tidsramen (1 år) och med max 10% frånvaro. Som specialistläkare finns det däremot inga nationella riktlinjer;

Det finns inga nationella kriterier när du har tagit examen som ögonläkare i Danmark. I USA är det till exempel obligatoriskt att ta kurser varje år för att behålla din ackreditering om du arbetar som privat ögonläkare.

Ingen av informanterna kände till de internationella fortbildningssystemen CME och CPD, även om man kunde tolka begreppets definition och innehåll. Överlag hade man däremot en positiv inställning till nationella riktlinjer och krav.

Det kan vara en bra idé. Det måste också åläggas färdiga utbildningsspecialister, att du fortlöpande måste visa att du har fokus på vidareutbildning. Den bör genomföras som en förlängning av specialplanen. Det kan säkerställa att det alltid kommer att finnas hög professionell kvalitet.

5.2.3 Organisationens fortbildningsansvar

Upplevelsen av organisationens fortbildningsansvar beror på olika faktorer enligt informanterna. Olika städer och sjukhus är högst relevant, men också hur miljön är i sjukhuset. En informant berättar att en förutsättning för fortbildning är ”en härlig miljö med god kommunikation på sjukhuset i samtliga avdelningar”.

Fortbildningsfrågan hanteras också olika beroende på efterfrågan av specialitet. En informant förklarar att ”min egen arbetsplats fokuserar bara på att jag avslutar min HU-utbildning, och det beror kanske mest på att det saknas psykiatriker”. Andra informanter förklarar också att man valt specialistområde i linje med samhällets efterfrågan. Informanterna menar att man som läkare inte kan förvänta sig vidareutbildning, utan man har ett ansvar att uppdatera sig själv och främja sitt eget lärande.

Ja, om kompetens inte uppfylls är det vårt eget fel, detta säkerställs genom att vara informerad, de (arbetsplatsen) ansvarar för att ge den tid som krävs. Det är så det är. Gällande arbetsplatsen har du inte riktigt ett val, det finns tydliga riktlinjer, inte så mycket hjälp att få

Flera informanter förklarar också att arbetsplatsen förväntar sig att läkaren tar ansvar för fortbildning och söker råd med kollegor. En informant berättar däremot att ”arbetsplatsen gör det svårt eftersom de främst vill att en ska producera snarare än att lära sig”.

Organisationens fokus på produktion har varit ett återkommande tema och en informant förklarade möjligheterna till fortbildning som fattiga. ”Det är så mycket fokus på produktion att lärande har blivit en lyx man inte kan förvänta sig. Det är någon du måste ta hand om på din fritid”. En informant betonade däremot att möjligheterna är bra, men att det är mycket fokus på produktion och produktionsarbete. För att skapa förutsättningar för fortbildning önskades ”mer dedikerad tid för undervisning och handledning”;

Ja, just nu åläggs läkaren själv allt ansvar. Det bör också finnas en ansvarsplacering hos ledningen, så att ledningen måste bevisa för st eller andra att det har skickat ett ”visst antal läkare till konferenser och kurser” så att det kan garantera den professionella utvecklingen. Specialplanen bör också utvidgas så att du även efter specialistutbildningen kan fokusera på att vidareutveckla din förmåga och alltid vara professionellt skicklig.

6. Analys

6.1 Teoretiska och praktiska fortbildningsaktiviteter

Vi har identifierat fortbildningsaktiviteter som återfinns både inom och utanför sjukhuset och vi upplever att dessa också kan antas ha mer eller mindre teoretisk eller praktisk karaktär samt ske antingen formellt eller informellt.

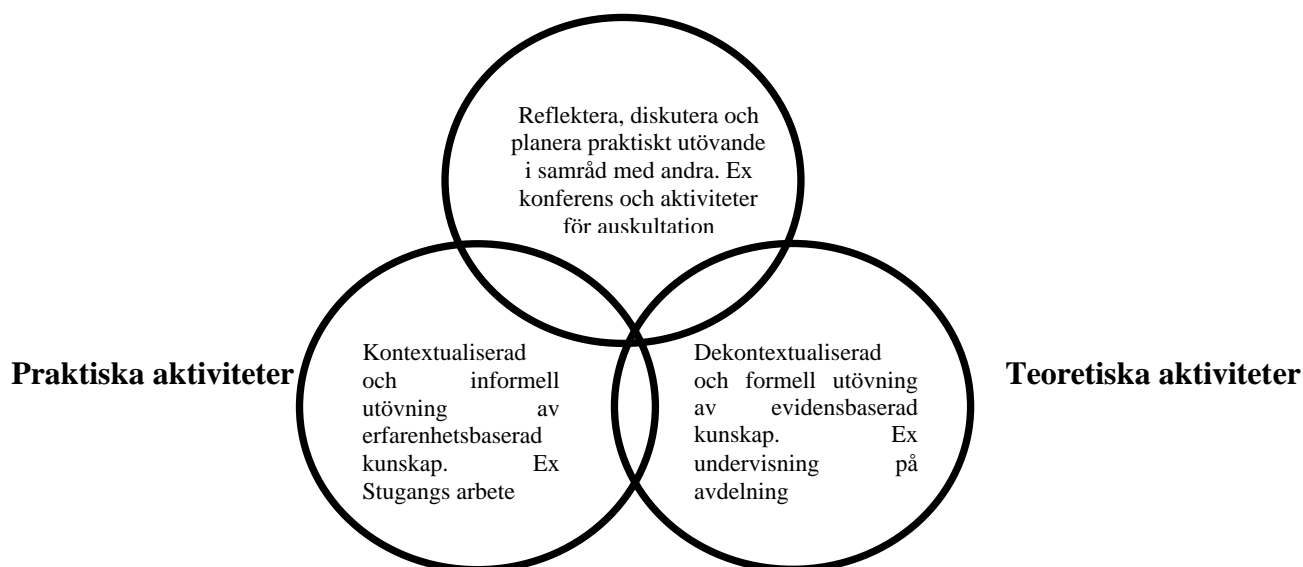
Utanför sjukhuset är det enligt informanterna vanligt med teoretiska aktiviteter som ex. forskning och inläsning av medicinska artiklar och böcker. Informanterna deltar också i konferenser, kurser och yrkesföreningar. Detta görs frivilligt på fritiden, utanför arbetstid och med eller utan ekonomiskt stöd.

Olika former av tjänstgöring så som I-ST/HU- och sidotjänstgöring är också fortbildningsaktiviteter som läkaren har möjlighet till. Under denna form av aktivitet har läkaren också tillgång till specifika aktiviteter som tillkommer med utbildningen. Oavsett pågående tjänstgöring eller anställd avdelningsläkare är den vanligaste teoretiska fortbildningsaktiviteten enligt informanterna veckovis undervisning på avdelningen. Dessa aktiviteter erbjuds på samtliga avdelningar och har ett brett fokus. Därutöver har informanterna tillgång till årliga kurser, specialutbildningar, temadagar och ledarskapsutbildningar som erbjuds av arbetsplatsen, facket eller regionen. Vi upplever också att dessa teoretiska aktiviteter främst tenderar att bli formellt organiserade av organisationen.

Fortbildningsaktiviteter som omfattar mer praktiska element inom sjukhuset är framför allt stuegangs arbete, auskultation och kollegialt samarbete, vilket är aktiviteter som utövas i det dagliga arbetet. Stuegangs arbete bidrar till att praktisk färdighet bevaras genom att ständigt utveckla läkarens skicklighet och problemlösningsförmåga.

Det innebär att det dagliga praktiska utövandet i konkreta situationer på avdelningarna utvecklar läkarens ”knowing how”. Detta kompletteras sedan med formella aktiviteterna för teoretiskt lärande, vilket bidrar till att det praktiska utövandet alltid sker i enlighet med aktuellt kunskapsläge för ”knowing that”, det vill säga vetenskaplig och evidensbaserad kunskap (Fuglestad 1999:37–40). Därutöver sker det dagligen konferenser som också kan betraktas som fortbildande eftersom man diskuterar, reflekterar och planerar de praktiska utövandet i samråd med kollegor eller handledare. På så sätt blir arbetsintegrerat lärande en naturlig del av läkarprofessionens arbetsliv och utövandet av vardagliga arbetsuppgifter förblir kompetensutvecklande. Man kan därför utgå från att det återfinns framför allt tre ständigt pågående fortbildningsaktiviteter i läkarens kliniska arbete som tillsammans bidrar till kompetensutveckling och kunskapsintegration. Detta kan illustreras i följande modell:

Kunskapsintegrerande och kunskapsöverförande aktiviteter



Vi anser därför att läkarprofessionens kompetens utvecklas i samverkan av antingen dagliga eller veckovisa aktiviteter som på olika sätt är teoretiskt eller praktiskt fortbildande. Kunskapsintegration sker eftersom läkaren också har dagliga aktiviteter för att i samråd reflektera, diskutera och analysera det praktiska utövandet, vilket är en förutsättning för att personlig inläring ska uppstå (Johnasson & Winman 2020). Annat som kan påverka kunskapsintegrationen är därför också olika personliga attribut som ex. teamwork-färdigheter (Linsberg 2012) samt hur lärandet prioriteras i verksamheten.

6.1.1 Formella och informella aktiviteter

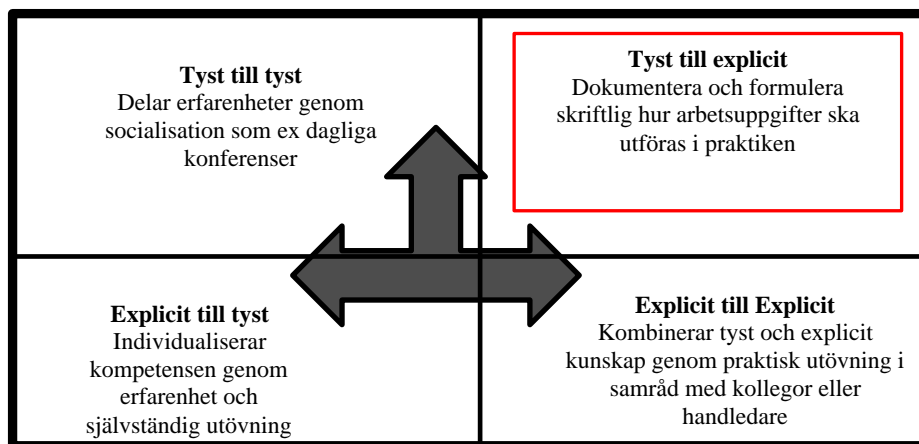
Vid teoretiska aktiviteter som ex. undervisning på avdelningen är lärandet primärt. Samtliga deltagare är utvalda att delta och medvetna om att man befinner sig i en lärandesituation. Aktiviteten följer ett bestämt innehåll och sker på en bestämd plats och tidpunkt. Arbetsplatsen är initiativtagande till aktiviteten och systemet kompletteras med funktioner som UAO och UKYL. Praktisk kompetens utvecklas istället i aktiviteter där lärandet är sekundärt, som ex stuegangs arbete. Detta lärande är inte bestämt i förväg utan varierar beroende på situationen och kan därför påverkas av olika villkor (Jensen 2011).

Genom att särskilja mellan teoretisk och praktisk kunskap så blev det därför tydligt för oss att teoretiska aktiviteter ges en överordnad position under både utbildning och yrkesliv. Det innebär att formella fortbildningsaktiviteter tenderar att vara teoretiska, medan praktisk kunskap är mer av ett informellt lärande.

6.1.2 Praktisk kunskapsöverföring

Att det praktiska lärandet sker informellt fyller däremot en annan viktig funktion inom läkarprofessionen enligt oss. Det praktiska utövandet omfattas nämligen av andra dagliga aktiviteter som utöver att bidra till för kunskapsintegration, skapar förutsättningar för att kunskapsöverföring ska ske. Aktiviteter som dagliga konferenser, kollegialt samråd, sidomansupplärning, övervakat arbete och handledning omfattar alla något inslag av

reflektion och diskussion. ”Att någon äldre än dig i erfarenhet ska lära ifrån sig” är ett naturligt inslag av läkarprofessionens arbetssätt och eftersom dessa praktiska aktiviteter tenderar att vara just informella, så blir inte praktisk och tyst kunskap lika standardiserad som teoretisk kunskap. Aktiviteterna bidrar istället till att tyst kunskap synliggörs i organisationen samt överförs mellan medarbetare utan att omvandlas till specifik formulerad explicit kunskap. Detta kan förklaras genom Nonakas (1991) kunskapsöverföringsmodell.



Tyst och praktisk kunskap överförs därför omedvetet och informellt. Kunskapsöverföringen är ständigt pågående och säkerställs genom dagliga och rutinmässiga aktiviteter. I och med att aktiviteterna sker informellt så finns det inte heller samma formella standardiserade rutiner för att ex. utvärdera och därigenom säkerställa kunskapsutvecklingen. Istället omvandlas tyst kunskap direkt till explicit kunskap genom tex. dagliga konferenser där man diskuterar, översätter och tolkar kunskapen genom att planera och formulera hur arbetsuppgifterna ska utföras i praktiken. Principer som kollegialt samarbete, sidomansutplärning och handledning bidrar därför till att explicit och tyst kunskap alltid kombineras och utvecklas i det praktiska utövandet. När man sedan bemästrar en färdighet har explicit kunskap omvandlats till tyst (Nonaka 1991:95–106).

De dagliga kunskapsöverförings-aktiviteterna bidrar därför till att kunskap är i ständig rörelse i organisationen. Dagliga arbetsuppgifter förblir kompetensutvecklande och läkaren slutar aldrig att individualisera sin kompetens och färdighet. Det huvudsakliga är inte heller huruvida inlärningsmodellen är formell eller informell. Enligt Grant (2011) krävs det tre komponenter för att personlig inläring ska gynnas; behov och önskad om utbildning, en formell eller informell inlärningsmodell samt någon form av uppföljning.

Skillnaden blir därför att det formella och informella lärandet organiseras olika, då den formella inlärningsmodellen oftast genererar den tredje komponenten, det vill säga någon form av rutin för uppföljning. Detta kan vara problematiskt ur ett lärandeperspektiv eftersom reflektion är en viktig grundsten för kunskapsutveckling (Fuglestad 1999:40). Vi anser därför att läkarens möjlighet till utbildning främst påverkas av hur verksamheten är organiserad och hur utbildningsaktiviteter därefter prioriteras.

6.2 Offentlig förvaltning

Enligt Mintzberg består varje organisation av fem delar. Överst är den strategiska ledningen som har det huvudsakliga administrativa ansvaret. Därefter mellanchefer som samordnar, övervakar och förmedlar information till och från den operativa kärnan. Den operativkärnan utför det dagliga arbetet. Det finns också två stödjande strukturer. Teknostrukturen som ansvarar för bland annat internutbildningar samt servicestrukturen.

Sjukhus som organisation är ett tydligt exempel på professionell byråkrati. Organisationen är löst organiserad och kännetecknas av ett teambaserat arbetssätt. Det återfinns också en hög grad av vertikal arbetsdelning, då arbetsuppgifter är hierarkiskt under- eller överordnade varandra. Det återfinns också en hög grad av specialisering, det vill säga att professionen tjänar klienter utifrån sina specialistkunskaper. Arbetssättet kännetecknas också av horisontell arbetsdelning och självstyrda medarbetare som begränsas av regler, vetenskap, normer och beprövad erfarenhet som förvärvas inom och utanför organisationen. Det finns också en hög grad av standardisering och formalisering av arbetsuppgifter samt att beslutsfattandet är decentraliserat (Alvesson & Cizinsky 2018:74).

Som organisation tenderar sjukhuset också att få allt fler inslag av divisionalisering, det vill säga att organisationen blir uppdelad i separata självständiga enheter. Detta har medfört att uppgifter formaliseras och standardiseras ytterligare. Inom sjukvård är det därför viktigt att ledningen har *kunskap om kunskap* och arbetar aktivt med knowledge management, för att på så sätt kunna utnyttja befintlig kompetens på ett optimalt sätt. Det handlar inte om ökad specialisering utan om att främja och stimulera kunskapsöverföring. Kulturen i organisationen kan därför vara avgörande, då kunskap och inläring alltid knuten till handling (Alvesson et al. 2018:78–84).

Därutöver är organisationen också en offentlig förvaltning och verkar därför i enlighet med principer för New public management. Organisationen har därför marknadsorienterade inslag med fokus på ekonomi, mätbara prestationer och standardisering. Detta tenderar enligt forskning att leda till att arbetsuppgifter standardiseras för att öka effektiviteten. För fortbildningsfrågan har det bland annat inneburit att mindre tid läggs på fortbildning, forskning och inläsning i organisationen (Bejerot et al., 2011).

I denna studie undersöks framför allt den operativa kärnans, det vill säga läkarprofessionens, möjlighet till fortbildning. I det sammanhanget är det därför också relevant att belysa hur ledningen och teknostrukturen arbetar med fortbildning. Ledningen inom hälso- och sjukvård har ansvar för fortbildning eftersom de ska säkerställa att personal har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifter (SOSFS 2005:12, 6–7). Detta kan bland annat göras genom att upprätta individuella fortbildningsplaner. Den specialistläkare som intervjuats redogjorde för sin fortbildningsplan och denna inkluderar både teoretiska och praktiska aktiviteter. Man utvärderar också fortbildningsplanen en gång om året samt att det finns standard obligatoriska utvärderingar för reflektion.

6.2.1 Organisationsstruktur

I organisationerna finns det olika byråkratiska regler och kontrollsystem på olika nivåer att ta hänsyn till. Under pågående I- och ST/HU-tjänst följer man specialspecifika och nationella utbildningsplaner med kompletterande undervisning som genomförs i

praktiken. Dessa innehåller mål och kompetenser som ska godkännas. Under tjänstgöring har man också tillgång till handledare, undervisning och rutiner för bland annat kontroll reflektion och utvärdering. För en avdelningsläkare kan byråkratiska regler för fortbildning istället tolkas som rutiner för aktiviteter som anordnas av och inom sjukhuset. De avser därför aktiviteter som ex. undervisning på avdelningen, men också det finns pågående fortbildningsplaner med specialspecifika mål samt rutiner för reflektion och utvärdering.

Ledningen har därutöver ansvarar att utveckla policys för att hantera nuvarande och framtida utvecklingsbehov och därför också ansvar att planera kompetensutveckling i linje med verksamhetens behov (SOSFS 2005:12, 6–7). Detta görs genom funktioner som tex UAO och UKYL, vilka syftar till att identifiera förändrings- och implementeringsbehov på en avdelning. Utöver detta deltar inte de aktuella arbetsplatserna i fortbildningsfrågan för enskilda specialister och det finns därför inte heller några allmängiltiga policyer, strategier eller mål för enskild fortbildning på de arbetsplatser som undersökts.

Det är istället främst den enskilde läkarens ansvar att utveckla sin profession enligt aktuellt kunskapsläge efter avslutad grund- och specialistutbildning. Fortbildning är en grundsten i en läkarens ed och informanterna kompromissar därför inte med sin professionella standard. Fortbildning ses som ett individuellt ansvar, men också en ständigt pågående process under och pågående hela arbetslivet. Samtliga informanter betonar därför det självständiga ansvaret för fortbildning framför ett uppsökande ledningssystem. Det som istället blir intressant är hur ledningssystemet kan prioritera mellan olika fortbildningsaktiviteter när organisationen styrs som en offentlig förvaltning och i linje med NPM.

6.2.2 Kunskapsintresse

Det dominerande kunskapsintresset inom dagens sjukvård är teknisk och instrumentell kunskap. Forskning visar också att ekonomiska argument tenderar att väga tyngst vid olika typer av beslutsfattande (Falkenström 2013). Man kritiserar därför att detta kunskapsintresse omfatta för stora delar av organisationen och att detta kan bidra till kompetensflykt. Att det tekniska kunskapsintresset prioriterar praktisk och användbar kunskap innebär att man prioriterar vetenskaplig och evidensbaserad kunskap. Vi menar att detta intresse också blir tydligt genom att teoretiska utbildningsmöjligheter blir överordnade praktiska aktiviteter. Detta eftersom teoretiska aktiviteter i större utsträckning är formellt organiserade och därför oftare omfattas av viktiga kunskapsintegrerande aspekter så som utvärdering och reflektion. Därutöver berättar informanter att möjligheten till utbildning kan påverkas av efterfrågan och utbud och att man därför väljer specialitet som prioriteras av verksamheten och omvärlden.

Genom att prioritera den tekniska kunskapstraditionen skapas konkurrensfördelar av och för organisationen genom att utveckla den kunskapsbasen som är aktuella för instrumentella och standardiserade metoder. På så sätt kan kunskapsutveckling också leda till ökad effektivitet och bättre utnyttjade av resurser. Vi utgå därför från att det är organisationens tekniska kunskapsintresse som bidrar till att formellt lärande framförallt koncentreras till teoretiska utbildningsaktiviteter. Viktigt att påpeka är däremot att det inte är den formella eller informella inläringen som är avgörande, utan att aspekter som utvärdering och reflektion hanteras olika beroende på om aktiviteten är teoretisk eller praktisk, vilket också kan påverka kunskapsintegrationen. Att prioritera

utbildningsaktiviteter som stimulerar andra kunskapsprocesser är också en fördel eftersom det kan främja utbildningskulturen i organisationen överlag (Alvesson et al. 2018:44).

Vi tolkar därför att möjligheten till fortbildning beror på olika faktorer. Det är skillnader mellan städer, arbetsplatser och specialitet. Möjligheten påverkas också av hur organisationen är strukturerad och vilket kunskapsintresse som organisationen har och prioriterar. Samtidigt är lärandet ständigt pågående genom det kliniska arbetet. På daglig basis används både teoretiska och praktiska fortbildningsaktiviteter vars kunskaps integreras och överförs genom reflektion och kollegialt samarbete. Avgörande för kompetensutveckling är därför inte huruvida aktiviteten och lärandet är formell eller informell, utan snarare hur organisationen skapar olika förutsättningarna för respektive kunskapstradition och att kunskapsintegration ska ske i anslutning till aktiviteten.

I och med organisationens tekniska kunskapsintresse förankras framför allt teoretisk fortbildning genom formella dokument och det är dessa standarder som medför att aspekter som utvärdering och reflektion inkluderas. Att det praktiska lärandet är informellt och inte har standardiserats i samma utsträckning menar vi däremot skapar förutsättningar för kunskapsöverföring och att tyst kompetens är i ständig rörelse i organisationen. Professionalism tenderar däremot att förknippas allt mindre med teoretiska perspektiv (Lindgren 2011:12–16) och fortbildning som sker inom organisationen borde enligt oss därför omfatta alla delar av läkarprofessionens kompetens, oavsett om aktiviteten och lärandet sker formellt eller informellt

7. Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka olika pedagogiska processer för lärande inom hälso- och sjukvård. Detta gjordes genom att vi definierade den kompetens som läkarprofessionen behöver stimulera för ett livslångt lärande samt genom att identifiera aktiviteter som bidrar till kontinuerlig professionell utveckling.

Studiens resultat visar att fortbildningsaktiviteter för läkarprofessionen pågår både formellt och informellt i det kliniska arbetet. Olika arbetsuppgifter utvecklar praktisk skicklighet och olika rutiner för fortbildning säkerställer att kompetensutveckling sker i enlighet med teoretisk och evidensbaserad kunskap. Professionens arbete utgörs därför av ett i grunden livslångt och arbetsintegrerat lärande som stimuleras och samverkar av teoretiska aktiviteter, praktisk utövning och kunskapsintegrerande arbetsuppgifter som är återkommande i den kontext som professionen verkar inom. På så sätt sker ett livslångt lärande och kontinuerlig professionell utveckling oavsett om lärandet anordnas formellt eller informellt av organisationen.

Resultatet visar däremot att det formella lärandet tenderar att prioriteras av teoretiska aktiviteter, vilket också innebär att det skapas ojämlika förutsättningar för att teoretisk kunskapsintegration ska uppstå. Skiljaktigheten avgörs däremot inte av att lärandet sker formellt eller informellt, utan att det uppstår skillnader i tillgången av uppföljning och reflektion, vilket är viktiga grundstenar för att personligt lärande ska främjas.

Att det praktiska lärandet är informellt visade sig däremot vara en förutsättning för kunskapsöverföring enligt oss. Genom dagliga informella och praktiska aktiviteter kan tyst kunskap omvandlas och överförs direkt till tyst kunskap medarbetare emellan. Denna process underlättas genom att vara just informell, eftersom man undviker att aktiviteten standardiseras. På så sätt kan kunskapen överförs utan att man begränsar att unika och personliga arbetssätt utvecklas. På så sätt är kunskap alltid i rörelse i organisationen och kompetens fortsätter ständigt att utvecklas och individualiseras.

Att teoretisk och praktisk fortbildning prioriteras olika kan istället förklaras genom andra ramvillkor som återfinns i organisationen. Ett teknisk kunskapsintresse är fokuserat på teoretisk kunskapsutveckling eftersom denna typ av kunskap genererar standardiserade, evidensbaserade och allmängiltiga tillvägagångssätt. Genom teoretisk kunskap kan arbetsutföranden därför effektiviseras och på så sätt generera ekonomisk besparing. Detta kunskapsintresse går därför också i linje med grundantaganden för new public management, vilket organisationen som offentlig förvaltning verkar inom.

Vi menar därför att det framför allt är problematiskt att sjukhus betraktas som en produktionsorganisation när läkarprofessionens arbetsutövning är utformad för att verka i en kunskapsorganisation. Organisationens struktur och kultur måste därför möjliggöra att medarbetare ges möjlighet till alla typer av fortbildning och att aspekter som reflektion och utvärdering inkluderas för att kunskap som byggts upp också ska kunna tas till vara på. Fortbildning är en viktig grundsten för läkarprofessionen och aktiviteter bör därför inte prioriteras efter ekonomiska skäl eller genomföras med fokus på standardisering, produktivitet och kontroll. Möjligheten till fortbildning för läkarprofessionen påverkas därför av hur offentlig förvaltning som organisation styrs och regleras samt vilket kunskapsintresse som utvecklas i organisationsstrukturen.

Man ska ha i åtanke att resultatet från denna studie endast är baserat på sex informanternas upplevelser. Dessa är också verksamma i både Sverige och Danmark. Det kan därför vara

svårt att generalisera studiens resultat. Vi anser däremot att det går att göra alternativa tolkningar eftersom fortbildningsfrågan organiseras och regleras liknande i de nordiska länderna. I både Danmark och Sverige följer man nationella utbildningsplaner under pågående tjänstgöring. Övrig verksamhet organiseras med samma typ av ledningsansvar och har riktlinjer för tex individuella fortbildningsplaner.

Vi upplever också att studiens resultat går i linje med tidigare forskning som genomförs inom området. Den organisation som läkarprofessionen verkar inom har genomgått flertal och omfattade omstruktureringar och dessa har på olika sätt påverkat arbetsmiljön och olika arbetsvillkor. Det som blev tydligt i vår studie och som är viktigt att betona är att deltagande inte upplever minskad press på att uppdatera kompetens efter aktuell kunskapsläge, utan tvärtom ses fortbildning som ett etiskt och grundläggande ansvar som sker i enlighet med läkarens ed. Beroende på avdelning och yrke har man också olika erfarenheter och upplevelser. Vissa avdelningar kommer inte kräva stora krav för att godkänna loggbokens krav, medan andra avdelningar är väldigt engagerade i planeringen för att uppnå givna kvalifikationer. Yttre omständigheter kan också påverka, som pandemin och att det därför inte finns tillräckligt med tillfällen för att kunna bli godkänd. Det kan som ex. vara att det inte finns tillräckligt med möjligheter för operation, vilket kommer påverka utbildnings upplägg och hur man utvecklas och upplever sitt lärande.

Hur undervisning på en avdelning arrangeras varierar också. Avdelningar som är mest pressade tenderar att ha mindre undervisning och detta är viktigt att ha i åtanke eftersom arbetsbördan kan påverka hur man trivs på en avdelning och hur man upplever lärandet. Vi vill också betona att möjligheten till fortbildning är många, men kan påverkas av både individuella och organisatoriska faktorer. Ledningen som ska ansvara för fortbildningsfrågan verkar inom olika politiska och ekonomiska direktiv och har därför också begränsade handlingsmöjligheter. Kunskapsintresset är därför inte lokalt för arbetsplatsen utan baseras på generella grundantaganden för offentlig förvaltning och new public management. En förutsättning för fortbildningsfrågan på en enskild arbetsplats kan därför vara att chefer och ledningssystem har etisk kompetens och är införstådda med att fortbildning är ett etiskt och enskild ansvar som inte kan nedprioriteras på grund av ekonomi.

Fortsatt fördjupad forskning vore att jämföra fortbildningsmöjligheter mellan Sverige och Danmark. Men också att studera hur fortbildningsmöjligheten påverkas av andra strukturella orsaker. Det kan bland annat handla om tillträde i en organisation och den rekryteringsprocess som sker när läkaren ska påbörja specialisttjänstgöring. I praktiken kan läkarens möjlighet till fortbildning påverkas av samma faktorer som påverkar tillträde till arbetslivet. Intressanta aspekter vore som exempel om fortbildningsmöjligheten påverkas av faktorer som kön och nationalitet. Det hade också varit intressant att utveckla argumenten om nationella föreskrifter av fortbildning inom läkarprofessionen eftersom ingen i denna studie kände till begrepp som CME och CPD. Trots det var man positiva till nationella fortbildningssystem och det vore därför intressant att undersöka varför EU-kommissionens konsensusdokument inte fått mer uppmärksamhet och genomslagskraft.

Studiens bidrag till forskningsfältet är framför allt att möjligheten till fortbildning kan påverkas av organisationens kunskapsintresse. Det väsentliga är inte hur teoretisk respektive praktisk fortbildning organiseras formellt eller informellt, utan att aktiviteterna också följs av någon form av kunskapsintegrerande funktion som ex. utvärdering och reflektion.

Att fortbildningsaktiviteterna är informella menar vi också är en förutsättning inom hälso- och sjukvård eftersom detta motverkar att arbetssättet standardiseras. På så sätt kan kunskap vara i ständig rörelse och överförs mellan kollegor utan att omvandlas till generella manualer som syftar till ökad produktion och effektivitet.

Avslutningsvis vill vi återigen betona läkarprofessionens många möjligheter till fortbildning, då dessa aktiviteter är ständigt pågående i det kliniska arbetet. På så sätt säkerställs också att läkarens kunskapsutveckling alltid sker i enlighet med samhällets aktuella kunskapsläge. Möjligheten påverkas istället av den verksamma organisationens kunskapsintresse och hur fortbildning organiseras och därigenom prioriteras. Vi skulle därför inte påstå att det livslånga lärandet i första hand behöver förstärkas i den grundläggande läkarutbildningen, utan att offentlig hälso- och sjukvård också bedrivs i enlighet med ett kunskapsintresse som kan motsvara läkarprofessionens fortbildningsansvar.

8. Referenser

- Abrahamsson, B & Aarum Andersen, J (2015) Organisation: att beskriva och förstå organisationer. Liber
- Alvesson, M & Cizinsky (2018) Organisation och ledning i sjukvård: en reflekterande ansats. Lund: Studentlitteratur
- Bejerot, E., Forsberg-Kankkunen, T och Hasselbladh, H (2015) Två decennier av new public management: arbetsmiljön i skola och sjukvård. Arbetsmarknad & Arbetsliv 21(3). <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:900080/FULLTEXT01.pdf>
- Bejerot, E., Hasselbladh, H., Aronsson., G & Bejerot, S (2011) Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflyttande – Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. Läkartidningen: 50(108). https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/1/17412/LKT1150s2652_2656.pdf
- Birkler, J. (2008) Vetenskapsteori, en grundbok. Stockholm, Liber AB
- Denscombe, M (2018) Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna (4:de uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Edenhall, Y (2012) Ta vara på interna kunskaper. SvD Näringsliv. 16 september. <https://www.svd.se/ta-vara-pa-interna-kunskaper>
- Falkenström, E (2013) Värdet av chefers etiska kompetens. Socialmedicinsk tidskrift 90(6) s.857–865. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:693776/FULLTEXT01.pdf>
- Jensen M (2011) Den fria tidens lärande. Lund: Studentlitteratur
- Johansson, I & Winman, T (2020) Orchestrating of Learning in Higher Education Through Internships. The Educational Review: 4 (5): s.101–112). <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1474364/FULLTEXT01.pdf>
- Kvale, S & Brinkmann, S (2014) Den kvalitativa forskningsintervjun. (3.Uppl) Göteborg: Daidalos
- Lindberg, O (2012) 'Let me through, I'm a Doctor!': Professional Socialization in the Transition from Education to Work. Pedagogiska institutionen, Umeå universitet <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:512147/FULLTEXT01.pdf>
- Nilsson, K., Eklund-Grönberg, A., Löwbeer, C., Melin, A., Hjelmqvist, H., Zilling, T & Stenhaugen, T (2011) Fortbildning för läkare – en sammanställning av kunskapsläget om läkares fortbildning Continuing Professional Development (CPD) Sveriges läkarförbund och Svenska läkarsällskapet <https://www.sls.se/Global/cpd/cpd2011.pdf>
- Nonaka, I (1991) The Knowledge - Creating Company. Harvard Business Review.
- Rennstam, J & Wästerfors, D (2015) Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning. Lund: Studentlitteratur
- Sjukhusläkarna (2019) Pressmeddelande: Pinsamt Sverige – kompetensutveckling är ett lotteri för patienter och läkare. Sjukhusläkarna. 16 april.

<https://www.sjukhuslakaren.se/foreningsnyheter/pressmeddelande-pinsamt-sverige-kompetensutveckling-ar-ett-lotteri-for-patienter-och-lakare/>

Svenska läkarsällskapet (2018) ”Läkare måste få chans till fortbildning”. Svenska dagbladet. 21 november. <https://www.svd.se/lakare-maste-fa-chans-till-fortbildning>

Svenson, L (2006) New Professionalism, Trust and Competence – Some Conceptual Remarks and Empirical Data. *Current Sociology*: 54(4): s. 579–593. http://www.lib.csu.ru/ER/ER_Philosophy/fulltexts/SvenssonLG.pdf

SOSFS 2005:12 (M) Föreskrifter – Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård https://plus.rjl.se/info_files/infosida39803/SOSFS_2005_12.pdf

Thurén, T (2003) Sant eller falskt? Metoder i källkritik. KBM:S utbildningsserie 2003:7. Stockholm: Krisberedskapsmyndigheten

9. Bilaga

9.1 Intervjuguide

- Vad finns det för fortbildningsaktiviteter finns det för läkare? Förklara och beskriv
- Vilka typer av aktiviteter är vanligast förekommande? Vilka föredrar du och varför?
 - Det är en läkares ansvar att utveckla sin profession efter avslutad utbildning, hur gör du det och hur upplever du att det ansvaret är? Upplever du att din arbetsplats underlättar för att man ska kunna ta det ansvaret?
 - Har du en individuell fortbildningsplan? Följer man upp och utvärderar denna i så fall? Inriktar sig planen på särskilda aktiviteter och vilka i så fall? Vad har man för upplevelser / åsikter kring det?
 - Hur planeras och genomförs fortbildning som görs frivilligt och på eget initiativ? Vad för typ av aktiviteter brukar det vara och vad för typ av innehåll?
 - Vem planerar, genomför och prioriterar fortbildning som erbjuds på / via arbetsplatsen? Vad för typ av aktiviteter brukar det vara och vad för typ av innehåll?
 - Erbjuder ledningssystemet för frivillig och/eller obligatorisk fortbildning på arbetsplatsen? Vilka aktiviteter och innehåll inriktar sig dessa oftast på i så fall?
 - Har arbetsplatsen policyer för fortbildning? I så fall, vad säger dessa?
 - Finns det förväntade mål och formulerade strategier för fortbildning på arbetsplatsen, i så fall vad säger dessa?
 - Hur får man information om fortbildning som erbjuds? Båda frivillig och obligatorisk, eller är det ett eget ansvar?
 - Följs fortbildning upp med reflektion eller utvärdering och i så fall hur?
 - Registreras fortbildning och i så fall hur?
 - Finns det nationella policydokument för fortbildning och vad säger dessa i så fall?
 - Vad har man för åsikter om nationella krav på fortbildning?
 - Vet man vad Continuing Professional Development (CPD) och Continuing Medical Education (CME) är? Och vad har man för åsikter om respektive i så fall?
 - Hur är möjligheterna till fortbildning inom sjukvården enligt dig?
 - Finns det enligt dig nånting som man skulle kunna förändra för att skapa bättre villkor för fortbildning och i så fall vad och varför?



LUNDS UNIVERSITET
Sociologiska institutionen
Avdelningen för pedagogik
Box 114, 221 00 LUND
www.soc.lu.se