

1

Kritiske teories analysekraft i rapport om sundhedsprofessionelles uddannelsesbehov

Kristian Larsen ^{a)} (1. forfatter) og *Karin Højbjerg* ^{b)}

The power of critical analysis on future needs for education for health care professionals

This chapter aims to show the potential of theory to facilitate a critical contribution to decision makers on health care issues. The starting point is the work of a report on how medium cycle health care education programs could deliver future-proof, relevant competences to future health care in Denmark. The authors of this chapter were involved in this report upon request from the unions of Danish health care

-
- a) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus
 - b) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

professionals. In this chapter the underlying critical sociological and pedagogical theories are made explicit. The authors deconstruct naturalized conceptions of how health care professionals think about themselves, and argue that it is optional to go beyond naturalized assumptions of health and care. Rather than reacting to specific competences defined by others, it is shown how critical theories can facilitate a pro-active view, and give examples on how everyday and political constructions suppress nursing, physiotherapy etc. Critical theories have the potential to enhance a critical attitude among health care professionals. Public healthcare cannot afford to let students work solely with applied sciences meant for simple implementation. Health care is a complex and dynamic business requiring skilled professionals at all levels – also when it comes to contributing to influential decisionmaking processes.

Indledning, aktualitet og relevans

I store dele af den vestlige verden, men også i Kina og Indien udtrykkes der politisk interesse for at vide, hvordan der kan sikres et godt match mellem, hvad arbejdsmarkedet kræver af kompetencer, og hvad uddannelsessystemet uddanner til (Westbury, 1998, Cerny 2010, Gibbons mfl., 1994). I tråd med denne interesse har der i Danmark været iværksat undersøgelser af, hvordan de mellemlange videregående sundhedsuddannelser skal kunne levere fremtidssikrede og relevante kompetencer til et fremtidigt sundhedsvæsen (Larsen mfl., 2014). Ideen med undersøgelsen var, at resultaterne skulle være bestemmende for, hvordan uddannelsernes form og indhold skulle se ud i fremtiden. På opdrag fra Sundhedskartellet³

3 Sundhedskartellet omfatter følgende medlemsorganisationer: Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen, Jordemoderforeningen, Dansk Tandplejerforening, Farmakonomforeningen, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Radiograf Rådet, Danske Bioanalytikere, Danske Psykomotoriske Terapeuter samt Kost & Ernæringsforbundet.

gennemførte vi som forskere fra Aalborg Universitet Københavnⁿ, Institut for Læring og Filosofi i 2014 en undersøgelse i Danmark i et samarbejde med Implement Consulting Group (et privat konsulentfirma) og Sundhedskartellet om behov for sundhedsuddannelser om 15–20 år. De danske fagforeninger indenfor de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Sundhedskartellet, havde en ambition om at tilvejebringe et beslutningsgrundlag, som var anderledes, end det de forventede fra ministeriel side, og vi havde som sundheds- og læringsforskere en interesse i at tilbyde vores viden i denne kontekst. I rapporten blev de teoretiske tilgange ikke efterspurgt, og var derfor ikke direkte beskrevet, men i denne artikel vil vi sammen med de metodiske og empiriske overvejelser eksplicite disse. Hensigten med kapitlet er at vise, hvordan en teoris analytiske kraft kan gøre det muligt at komme med et kritisk indspil til beslutningstagere.

Blandt vores egne studerende på kandidatuddannelsen i Læring og forandringsprocesser på Aalborg Universitet i Danmark oplever vi af og til studerende, der finder det vanskeligt at se værdien af at bruge teorier i undersøgelsesarbejde. Vi vil derfor med forskellige nedslag vise, hvordan teoretiske perspektiver i et undersøgelsesarbejde netop kan bidrage med at fremhæve forhold, man ellers ikke umiddelbart får øje på. Det, der ellers kan opfattes som en enkel undersøgelse, som det politiske system kan bruge til at regulere og styre et samfund med, rummer mulighed for med teoretiske perspektiver at gå bagom de umiddelbare måder, som fænomener formidles og fremtræder på. Vi vil give eksempler på, hvordan viden og videnskabelige tilgange involverer magt, for eksempel i forhold til, hvad der løftes frem og skubbes i baggrunden, når man analyserer forhold mellem uddannelse, arbejdsmarked, sundhed og politik.

Vi anser det for vigtigt at vænne sig til at arbejde med teoretiske hjælperedskaber i arbejdet som sundhedsprofessionel (sygeplejerske (sykepleier på norsk), diætist, fysioterapeut, jordemoder mv.) Både som administrator og underviser på de relevante områder men også som studerende, der på sigt skal virke som fremtidig, fuldgyldig professionel, kliniker, administrator, underviser eller forsker. Det, der kan virke ligetil og enkelt, er oftest mere kompliceret og rummer ligefrem modsatrettede interesser, når man analyserer det mere i dybden. På denne måde kan dette kapitel fungere som en case på vigtigheden af at vise, hvad et teoretisk blik kan give mulighed for at få øje på. I en almindelig og fremherskende forestilling anses det som en anerkendt sandhed, at forskere producerer viden, underviser og formidler viden, mens praktikere derimod anvender viden. Det er ambitionen at nuancere et sådant perspektiv og at fremhæve nødvendigheden af, at nye i et fagområde, dvs. studerende, bør trænes i at tænke bagom fænomener. Det kan være for eksempel være fænomener som kropsidealer, hverdagsrehabilitering, accelererede patientforløb, standardisering og tværfagligt samarbejde. Det vil sige fænomener, der optræder i hverdagen, og som både brugere og professionelle taler indforstået om. Her må de sundhedsprofessionelle foretage et stykke mentalt tænkearbejde og nuancere viden i forhold til eget fagområde for at kunne agere på et mere kvalificeret grundlag. Dette vil være til gavn for det sundhedsprofessionelle arbejde i relationen med patienten, men også for professionen, organisationen/sundhedsinstitutionen og samfundet.

Empirisk grundlag, teori- og metodeovervejelser

Den aktuelle undersøgelse var motiveret af behovet for at fremlægge dokumentation og analyser af arbejdsmarked og uddannelser som

et supplement til en parallel undersøgelse, som var gennemført af konsulentfirmaet *NewInsight* på opdrag af Uddannelses- og Forskningsministeriet (NewInsight, 2014). I denne rapport var oplægget formuleret på denne måde: «Baggrunden for uddannelsesfremsynet er, at Uddannelses- og Forskningsministeriet ønskede, at New Insight A/S skulle gennemføre et fremsyn, der skulle belyse de fremtidige kompetencebehov på tværs af sundhedsområdet, særligt i forhold til professionsbachelorniveauet» (s. 4). Sundhedskartellet ønskede således at supplere en politisk motiveret rapport med en rapport, som i højere grad var fagforeningspolitisk motiveret.

I vores undersøgelse ville vi vide, hvordan en række aktører på området så på fremtidens arbejdsmarked og behov for kompetencer i relation til de sundhedsprofessionelle. Vi tog udgangspunkt i nogle antagelser om, at der kommer flere sundhedsteknologier i spil, at mennesker lever længere og får flere diagnoser, og spørgsmålene var, hvordan man skulle tænke uddannelse af de sundhedsprofessionelle i den sammenhæng. Der indgik en bred vifte af empirisk materiale forud for rapporten. En *spørgeskemaundersøgelse* blev udsendt til 1216 sundhedsprofessionelle, både ledere og medarbejdere. Svarprocenten var på 42 %, dvs. 511 respondenter var involveret. Skemaet var for-struktureret med temaer omkring læring i skoledel og praksisdal, arbejdsområder, overdragelse af arbejdsområder og med mulighed for også at skrive fri tekst. Der indgik *interviews* med udvalgte interessenter, herunder med udvalgte ressourcepersoner i form af forskere fra danske, norske og svenske forskningsmiljøer samt interviews med en række policy-relaterede informanter om nuværende og fremadrettede uddannelses- og kompetencebehov i andre lande. Også *rapporter og litteraturstudier i form af review* af relevant forskningslitteratur om sundhed, teknologi, ulighed i sundhed, profession og uddannelse blev

inddraget. Som forarbejde til alle disse empiriske tilgange havde vi udviklet halvstrukturerede guides, som var inspireret af dels forskning relevant for området, dels de teoretiske tilgange. Slutteligt indgik som empirisk grundlag *en række workshops* med inddragelse af ca. 90 ledere og medarbejdere fra Sundhedskartellets faggrupper (se endvidere Larsen mfl., 2014, s. 2 i bilagsrapporten).

I det følgende vil vi gøre rede for teoretiske tilgange og grundbegreber, som har været virksomme i arbejdet med rapporten. Det drejer sig primært om teorier indenfor sociologi og pædagogik, som på forskellig måde angår spørgsmål om, hvordan man kan beskrive, forstå og forklare, hvordan historiske forhold er aktive i nutiden i særlige praksisformer, og som kan kaste lys over relationer mellem stat, arbejdsmarked, uddannelse, profession og læring.

Teori om historie og socialkonstruktivisme

I forhold til det sociale og historiske har det været et centralt teoretisk udgangspunkt, at det der «er», er «blevet». Det betyder, at når vi skal analysere komplekse relationer mellem de danske uddannelser, professionerne og arbejdsmarkedet, ligger der en lang social og kulturel historie bag. Denne tænkning får blandt andet som konsekvens, at vi ser, at vi som mennesker over tid og i strid har fået etableret nogle måder at organisere os på, som beror på dominansrelationer og ulige adgang til privilegier. Vurderingen af, hvad der i en gruppe af professionelle anses for at være værdifuldt, indlejres institutionelt, i love og bekendtgørelser, i uddannelser, i læreplaner og kropsligt over tid, og sætter sig som en stærk, kulturel vane. På denne måde kan man sige, at det naturlige er kultureligt. Det, som er blevet selvsagt for os, er skabt over tid af mennesker. Der ligger i dette perspektiv en afvisning af essenstænkning. Man kan således ikke sige, at «det hele er socialt»,

«det ligger heller ikke i generne» eller er «bestemt af Gud». Dette er centralt i socialkonstruktivistisk tænkning. I denne filosofiske og videnskabsteoretiske grundantagelse er menneskelig erkendelse socialt konstrueret (Rasborg, 2012, s. 349). Man kan for eksempel tænke, at det er naturligt at forestille sig, at studerende eller kursusdeltagere har mangler, og at det er en uddannelsesinstitutions ansvar at fylde hullerne ud, så de passer til et bestående samfunds (dominerende) værdier. Men denne tænkning beror på en naturlighed, som det er muligt at tænke anderledes om. Man kunne også forestille sig, at studerende eller kursusdeltagere havde ressourcer og etiske forestillinger, som kunne bidrage til udvikling af de sundhedsprofessionelles virksomhedsområder og præge en udvikling og forandring i en retning, som kunne tilføje eller nytænke et virksomhedsområde. På denne måde bliver det muligt at være kritisk overfor alle de begreber, der beskriver tingenes tilstand som «naturlige», «åbenbare» eller «selvsagte».

Teori om diskursernes magt

Indenfor (kritisk) diskursanalyse (Fairclough, 1992) udgør diskurs en vigtig dimension af enhver social praksis. Det betyder, at vi som mennesker udøver en materiel praktik, dvs. vores kroppe agerer og gør noget, men vi er også sprobrugere. Sproget er imidlertid ikke et neutralt eller objektivt system, gennem hvilket man blot kommunikerer med hinanden. Sproget er også ligesom kroppene, institutionerne og staten, formet af mennesker og deres relationer og samtidig formende. Der er således relationer mellem «verden» og «sproget», og sproget udgør et stabilt, men også foranderligt system. Sproget er «kontingent», hvilket vil sige, at det er socialt, kulturelt og historisk specifikt (Phillips, 2010, s. 266). I diskursanalyser fokuserer man på sproget og på, hvordan sproget indgår i at

konstituere viden, identitet og magt. Det vil sige både gennem det, der siges eksplicit, så at sige positivt, men også gennem det, der samtidig ikke siges. Det beskrives, at diskurser konstituerer viden, identitet og magt på bestemte måder, som slører, marginaliserer eller helt udelukker andres videns- og handleformer (Phillips, 2010 s. 284). Når man analyserer ved brug af denne type diskursanalyser, retter man sin opmærksomhed både mod små og subtile – men også de mere tydelige og dominerende – magtformer, der formidles gennem sproget. Når der for eksempel savnes arbejdskraft indenfor sundhedsområdet, så formidles det ofte i medierne, at der mangler «hænder», mens der tilsvarende mangler «hoveder», når det angår medicin, dvs. en anden og implicit vigtigere legemsdel. Hvis vi ser på diskursanalyser i en større sammenhæng, kan for eksempel overnationale dokumenter om sundhedsfremme fra WHO ændre diskurser og tilhørende klassifikationer og logikker, som det skete, da man gik fra *new social movement* diskurs og *ecosocial justice* i Ottawa-charteret fra 1986 til en *new capitalist* diskurs om lov og økonomi i charteret fra Bangkok i 2005. (Porter, 2007, s. 72). Porter viser (Porter, 2007, s. 74) via diskursanalyse, hvordan der sker et skifte i disse centrale dokumenter fra «mennesker» til «forbrugere», fra «arbejdere» til «ansatte», og hvordan sproget anvendt i relation til sundhedsfremme producerer og reproducerer magtrelationer.

Man vil som modifikation af diskursanalyser med den franske sociolog Pierre Bourdieu sige, at diskursanalyser ikke kan stå alene. De skal kobles med studier af magtrelationer i sociale felter, hvor i det mindste det, der siges, skal relateres til positioner i feltet af synspunkter i eksempelvis det videnskabelige, medicinske eller uddannelsesmæssige felt. Det er for eksempel relevant at undersøge, hvorvidt et udsagn om sundhed kommer fra

Sundhedsstyrelsen, lægemiddelindustrien, en patientforening eller en faglig organisation. Pointen er, at man må forstå at relatere de oftest modstridende udsagn om sundhed på en sådan måde, så de ses i relation til hinanden. Sundhedsstyrelsen vil sikre bedst mulig medicinsk evidens for udvikling af sundhedsprincipper (for eksempel indsats i relation til «KRAM faktorerne»: Kost, Rygning, Alkohol og Motion); lægemiddelindustrien vil optimere forskning i samt udvikling og salg af nye lægemidler til et lægemiddelmarked; patientforeninger vil optimere patientsikkerhed og bedst mulige behandlingsmuligheder, og en faglig organisation vil arbejde på, at deres faggrupper konsoliderer og udvider området for deres professionelle indsats. Der er eller kan være modstrid mellem disse interesser. Og de kan i et feltperspektiv forstås som konkurrerende positioneringer i et sundhedsfelt, der indbyrdes konkurrerer om at definere, hvilken interesse der skal være den toneangivende indenfor dette felt.

Teori om magtrelationer og habitus

I en hverdagslig forståelse kan man opfatte, at mennesket er et rationelt væsen, der hele tiden søger at optimere sin egen eller andres situation ud fra en bevidst og reflektiv indsigt i, hvad der kan og skal gøres i forskellige situationer. Men helt så enkelt er det ikke, når vi analyserer menneskelig adfærd med kritiske teorier. Med Bourdieus grundsyn antager vi, at mennesket handler med en fornuft uden dog nødvendigvis at være eksplicit rationelt. Den teoretiske antagelse er, at mennesket ikke hele tiden eksplicit formulerer mål og bevidst tilrettelægger en strategi, der opregner egne ressourcer og de objektive midler, som er nødvendige (Bourdieu, 1977). Ifølge Bourdieu er der i kroppen inkorporeret specifikke

dispositioner for at handle på en bestemt måde. Over tid har implicitte forestillinger om, hvad der i visse felter anses for at være værdifuldt at sige og gøre, lagret sig som en praktisk sans. Denne teoretiske begrebssættelse omtaler Bourdieu som habitus. Han siger herom:

«Subjekterne» er i virkeligheden handlende, vidende agenter, som har en «praktisk sans» [...] Den praktiske sans er et erhvervet system af præferencer, af principper for hvordan verden skal anskues og opdeles (dvs. det man sædvanligvis kalder smag), af varige kognitive strukturer (der i alt væsentligt er resultatet af kropsliggørelsen af objektive strukturer) og af handlingsskemata, som orienterer opfattelsen af den givne situation. Agenternes habitus er denne form for praktisk sans for, hvad der skal gøres i en given situation – det som man i sportens verden kalder en sans for spillet, kunsten at forudane, hvordan spillet vil udvikle sig [...] (Bourdieu, 1997, s. 44).

Dette blik kan vise, hvad der også spiller ind, når de sundhedsprofessionelle agerer i en praktisk virkelighed. Begrebet om habitus vil kunne forklare, hvordan en række dispositioner, som er nedfældet i kroppen gennem barndom og opvækst og ikke mindst uddannelse, er virksomme i den professionelle praksis (Petersen, 1996). Sagt med andre ord: Når en sygeplejerske eller socialrådgiver agerer i det professionelle arbejde, så gør hun, uden nødvendigvis at tænke over det, brug af en lang række principper for værdier i væremåder for, hvordan man interagerer med andre mennesker. Dette kan for eksempel forklare, hvorfor hun ikke kun handler på baggrund af evidens, faglige regler, manualer eller standarder. Samtidig kan habitusbegrebet forklare, hvorfor organisatoriske forandringer oftest sker trægt, og implementering af nye retningslinjer kan forekomme langsommelig.

Over tid sker der trods alt løbende transformationer af arbejdsgange og rutiner indenfor sundhedsvæsenet, og ikke alle forandringer opfattes umiddelbart lige acceptable for de sundhedsprofessionelle. Hvordan kan det da forklares, at mennesker finder sig i, hvad der kan opfattes som urimelige og tåbelige arbejdsgange og arbejdsmåder i sundhedsvæsenet eller den sociale sektor? Hvordan kan det være, at nogle faggrupper finder sig i og ligefrem selv understøtter deres egen undertrykkelse? Her er det relevant at præsentere Bourdieus begreb om symbolsk vold:

Enhver magt til at udøve symbolsk vold, det vil sige enhver magt som det lykkes at gøre sine betydninger gældende, og at gøre dem gældende som legitime ved at skjule de styrkeforhold, der ligger til grund for dens magt, tilfører disse styrkeforhold sin egen, det vil sige rent symbolske kraft (Bourdieu, 2006, s. 24).

I et givent felt – for eksempel sundhedsvæsenet – er styrkeforholdet mellem forskellige positioner sådan, at den herskende har styrken til at påføre *sin* definition, som den alment anerkendte (definition) som den rigtige. For eksempel kan de mellemuddannede sundhedsprofessionelle synes, at evidensbaseret viden er vigtig for en professions udøvelse. Og uddannelserne kan satse på at arbejde med evidens. Men på samme tid underlægger man sig en diskurs, defineret af den dominerende faggruppe på sundhedsområdet, og forholdet mellem de sundhedsprofessionelle reproduceres således, at de faggrupper, der traditionelt har haft det som sit særkende at arbejde med evidens, lægeprofessionen, befæster sin dominerende position indenfor sundhedsfeltet.

I det følgende vil vi præsentere nogle af tematikkerne fra rapporten om uddannelse af fremtidens sundhedsprofessionelle, der med dette blik har været mulige for os at få øje på.

Fra efterspørgsel af kompetencer til dialektisk samskabelse – fra reaktive til proaktive sundhedsprofessionelle

Når vi anlagde et kritisk perspektiv på opdraget for denne undersøgelse, var det tydeligt for os, at allerede oplægget skulle omarbejdes. Ud fra den dominerende diskurs var udgangspunktet, at samfundet ændrer sig, hvilket i dette perspektiv ville sige de sundhedsprofessionelles arbejdsmarked. Derfor blev det taget for givet, at spørgsmålet var, hvordan uddannelserne skulle sammensættes og organiseres for at rette ind og matche samfundets og arbejdsmarkedets behov. Problemet med denne tilgang var imidlertid, at det her fortrænges, at uddannelser set i alternativt og socialkonstruktivistisk perspektiv ikke blot udfylder det hul, som samfundsudviklingen har skabt. Uddannelse er også med til at skabe en samfundsudvikling. Derfor blev det i stedet formuleret i projektet:

I projektforløbet kortlægges og analyseres der ikke alene ud fra en teknokratisk, myndigheds-baseret vinkel, hvor strukturelle og samfundsmæssige forandringer forudsættes at medføre ændrede kompetencebehov og ændrede krav til uddannelsestilrettelæggelse – men også modsat, det vil sige, at uddannelse og faglige læreprocesser i sig selv er medskabende, når det gælder nye kompetencer og praksisser, som i sig selv kan bidrage til nye strukturelle og samfundsmæssige forandringer. (Larsen mfl., 2014 s. 8).

Vi forsøgte på denne måde, inspireret af diskursanalysen og sociologisk teori, at dekonstruere de «naturlige» og «selvindlysende» tænkemåder. Den dominerende diskurs virkede umiddelbart som et neutralt og objektivt fælles univers, men samtidigt blev det cementeret, at uddannelse blot udfylder et hul. Imidlertid ved vi fra uddannelsesstudier, at

uddannelse både er skabt af og er skabende af samfund (Bourdieu og Passeron, 2006; Larsen, 1999; Bayer og Brinkkjær, 2008; Højbjerg, 2011).

Vi omdefinerede en implicit og for os alt for forenklende præmis om, at uddannelserne på sundhedsområdet skulle «fylde på» eller «lappe på», hvad samfundet manglede af arbejdskraft i forhold til (den nødvendige) samfundsudvikling. De sundhedsprofessionelle kom herved i værste fald til at fremstå som dødvægt i en ønskelig acceleration og i bedste fald som det, man kunne kalde reaktive assistenter til udviklingsprocessen. Det vil sige, at de tænkte at skulle reagere på og tilpasse sig de løbende udfordringer i takt med, at de dukkede op og var åbenbare for enhver. I dag ses for eksempel udvikling som fremvækst af ny teknologi. Reaktionen må da være, at der må teknologi ind i uddannelsen. Der publiceres dagligt ny evidensviden, reaktionen må da være, at der må litteratursøgning efter evidens ind i uddannelsen. Der er mangfoldige smittekilder; der må da formidles mere undervisning i infektionsspatologi osv.

Den dominerende diskurs signalerede samtidig, at sundhedsprofessionerne udgjorde en gruppe, der havde en række fejl og mangler, der skulle rettes op på. I stedet introducerede vi en «dialektik mellem samfundsforhold, erhvervsforhold og uddannelsesforhold» (Larsen mfl., 2014 bilag s. 4), som gav mulighed for at overskride forestillingen om de sundhedsprofessionelle som mere eller mindre passive, træge og modellerbare individer.

Med et socialkonstruktivistisk blik tænker vi, at uddannelse også bidrager med (oversete) aktiver i formningen af fremtiden. De sundhedsprofessionelle og uddannelserne er måske reaktive assistenter for statens velfærdsprojekt og de logikker, der sætter rammerne herfor. I en vis forstand er det

rigtigt, at de i en «en-til-en-relation» til samfundsudviklingen ikke kan nok, men det er også vigtigt at medtænke, at de bidrager til at skabe samfundsudviklingen, og at uddannelsen bidrager med nogle dispositioner, der måske bare ikke lige nu er plads til i den kliniske praksis. Med andre ord: De studerende lærer måske også noget, som blot ikke endnu anses for værdifuldt i den praktiske virkelighed. Med andre ord de kan af og til noget som blot ikke anses som værdifuldt i praksisverdenen. De kan ikke «komme til» med dele af deres viden. De har måske lært nogle indsigter om praksisverdenen, som kan være med til at præge udviklingen indenfor sundhedsvæsenet. Uddannelse, dannelse og faglige læreprocesser i skole og praktikdel kan således ses som medskabende af nye kompetencer og praksisser, som bidrager til nye strukturelle og samfundsmæssige forandringer. På denne måde tænker vi i højere grad de sundhedsprofessionelle som proaktive konstruktører end som reaktive assistenter. Dette gør vi både deskriptivt (sådan *er* det), men også normativt (sådan *bør* det være) – de sundhedsprofessionelle *bør* fremover i højere grad være aktive og oparbejde faglig og institutionel autonomi. Når det så er sagt, er der naturligvis sket ændringer, som de sundhedsprofessionelle fremover også må forholde sig til.

Strukturelle ændringer i samfundsforhold, organisering og sundhed

Flere mennesker lever længere, og flere patienter har konkurrerende og sammensatte lidelser (co-morbiditet). Vi ser desuden en stigende tendens til, at patienter er

økonomisk, kulturelt, socialt, religiøst og etnisk forskellige og har måske modsatrettede krav og forventninger til sundhedsvæsenet. Den generelle samfundstendens til øget individualisering stiller på den ene side krav fra brugerne om individuelt tilpassede sundhedsydelser samtidig med, at der på behandlingssiden også udbydes flere individuelle behandlinger og sundhedsinterventioner. Men ikke alle har lige muligheder for at formulere krav og søge information om de mange valgmuligheder, som kan undersøges på elektroniske medier og portaler. Valgmulighederne understøttes politisk, men samtidig øges udfordringerne for de sundhedsprofessionelle med at håndtere både privilegerede og ikke-privilegerede grupper. Hvis man som underprivilegeret og ovenikøbet syg og svag ikke har ressourcerne til at være opsøgende og gøre brug af de mange elektroniske platforme, øges ulighed i sundhed. Hvis sundhedstilbuddene omvendt ikke matcher de privilegeredes behov, øges utilfredsheden med det offentlige sundhedsvæsen. Udbydere af private ydelser vil nemt kunne finde et marked blandt privilegerede, men utilfredse borgere, og opbakningen til det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen kan svækkes. Nye, stærke patientorganisationer og sammenslutninger formulerer nye behov, som skal garantere en særlig kvalitetsstandard. Medicinalindustrien og den medico-tekniske industri stiller velvilligt behandlingsmuligheder i form af nye produkter til rådighed. Politikerne ønsker sikkerhed for, at de politiske udmeldinger bliver sat i værk. Standardpakker og -forløb skal bidrage til at operationalisere disse såkaldte kvalitetskrav. De mange aktører er derfor med til at øge presset på krav om rettigheder og garantier, som et fintmasket klagesystem efterhånden står klar til at beskytte. Politikernes ønske om at skabe et

bedre sundhedsvæsen udmøntes synligt i reguleringer, som efterhånden bliver detailreguleringer. DRG-takster⁴, hvor der på organisatorisk niveau kan skrues op og ned for aktiviteter, er et eksempel på et forsøg på styring samtidig med, at de sundhedsprofessionelle delvis forventes at agere som fleksible og omstillingsparate *kompetencenomader* (Krejsler, 2006).

Når uddannelse formidles som en aktivitet, der skal «lappe på», hvordan samfundsudviklingen udformer sig, overses kompleksiteten af de strukturelle mulighedsbetingelser ofte. Disse seje og træge strukturer forbigås, og uddannelse, kompetenceudviklings- og opkvalificeringsprogrammer fremhæves som løsningen på de sundhedsprofessionelles deficit i forhold til den hastige samfundsmæssige udvikling.

På lignende måde anses det praktiske arbejde, der skal udføres, som relativt enkle aktiviteter. I rapporten gjorde vi rede for kompleksiteten af det praktiske arbejde i sundhedssektoren, hvor ny viden ikke blot skal implementeres i praksis. Patient, sygdom og intervention kan i lærebøgerne beskrives i bestemt form, men i den konkrete praksis bliver begreberne mangelfulde. Patienten kan beskrives som enten ekspert på egen sygdom eller en bevidstløs krop, der ikke har kendskab til sin situation. Patienten har enten meget stærke ressourcer økonomisk, kulturelt og socialt, eller han/hun har det ikke. Patienten har enten en eller otte måske konkurrerende sygdomme osv. Alt det er komplekst, og professionerne, institutionerne og samfundet må anerkende, at en kritisk, analytisk tilgang er nødvendig.

4 DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. DRG-systemet anvendes bl.a. ved bloktilskudsordninger, statslige aktiveringspuljer, takststyring på sygehuse og sygehusafdelinger.

Fra hænder til hoveder i sundhedsarbejdet

Arbejdet indenfor det sociale og sundhedsmæssige område kan opfattes, som noget deltagerne vælger ud fra deres individuelle prioriteringer, og det job, de bestrider, kan opfattes som næsten naturligt placeret i en samfundsmæssig sammenhæng i forhold til lønforhold, prestige osv. Det kan for eksempel opfattes som nærmest en naturlov at læger, administratorer og advokater har en langt højere indkomst end sygeplejersker, socialrådgivere osv. Men med sociologien kan vi vise, at det, der opfattes som naturlove, er kulturlove – og disse kan og skal udfordres.

Internationalt har de områder, som varetages af kvinder, som reproduktive arbejdsområder (sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige) historisk set været mellempositioneret. Det har Jørgensen for eksempel studeret indenfor sygeplejeområdet (Jørgensen, 2007) som del af sundhedsområdet. Gennem mindst 100 år har det været domineret af medicinske begreber, klassifikationer og logikker, som både er virksomme samfundsmæssigt, institutionelt og i kroppe, som i ovenfor nævnte eksempel på politiske udtalelser, om at der savnes «hænder», når der mangles sygeplejersker, og «hoveder», når der mangler læger. Via begrebet om symbolsk vold ses det, hvordan denne diskursive konstruktion ikke kun er virksom på en ydre måde som en magtanvendelse, men den er også internaliseret og virksom indefra. Det betyder, at de mellempositionerede faggrupper også identificerer sig selv gennem de samme begreber. I en sociologisk analyse vil man sige, at for eksempel sygeplejerskerne, socialrådgiverne, ergoterapeuterne, jordemødrene, fysioterapeuterne snarere end, at de undertrykkes udefra, undertrykker sig selv indefra. De læser verden og herunder deres egen position med de dominerendes briller, dvs. de konstruerer også sig

selv som «hænder», «assistenter» eller har en forestillingen om, at deres professionelle arbejde blot er baseret på «erfaring» og burde baseres på «evidens». I Norge er termen «kundskabsbaseret praksis» introduceret for netop at overvinde denne dikotomiske forestilling om viden. Kundskabsbaseret praksis rummer evidens-og/eller forskningsbaseret viden, erfaringsbaseret-/professionsviden og desuden viden om borgerens/patientens viden, behov og ønsker (Nordtvedt mfl., 2008).

I Danmark har der været offentlige diskussioner i medierne om, hvilke former for teori som var relevante for de mellem-lange sundhedsprofessioner. Det blev for eksempel formuleret af daværende undervisningsminister Bertel Haarder,⁵ at «eleverne bliver sat til at perspektivere, analysere og relativere og bruge fremmedord, de ikke forstår betydningen af og aldrig vil få brug for. Og de bliver vurderet på det, også selv om det måske ikke har et klap med den ønskede uddannelse at gøre».

Kritikken gik på at der blev givet for meget og forkert teori, og de praktiske færdigheder var angiveligt ikke tilfredsstillende (Jacobsen, 2006). «Giver det mening at studere Habermas og Foucault for at lægge drop?» lød det retoriske spørgsmål (Dahlager, 2006). En tilsvarende diskussion har også været ført i Norge.⁶ Pointen er, at sygeplejerskens job grundlæggende blev tænkt som udførelse af praktiske gøremål, og at teoriindholdet i uddannelsen blev valideret ved, om det kunne foreskrive handling i praksis (Bækgaard, 2011). Den symbolske vold ligger ikke i at dominerende grupper eller politikere ikke mener, at sygeplejersker skal teoretisere og være del af en akademiseringsproces.

5 Politiken: 8/8 2007: "...irrelevant at pædagoger, lærere eller sygeplejersker skal læse Habermas, Foucault eller Bourdieu. Hvad har bækkenømning med Foucault at gøre?!"

6 Se for eksempel <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Flere-mastere-Skrek-og-gru--Cathrine-Kroger-8358986.html> (downloaded 14.7.16)

Den ligger derimod i, at denne konstruktion overtages af gruppen selv, når det for eksempel vinder genklang i sygeplejergruppen, at en kollega skriver i medierne, at «Sygeplejersker skal tilbage til sygesengen» (Hansen, 2006). Det teknokratiske og instrumentalistiske – dvs. de dominerendes – blik på uddannelse, dannelse og erhvervsrelationen er således overtaget og stærkest virkende, når den professionelle gruppe selv bekræfter det. Disse ind-i-kroppen-byggede magtrelationer er virksomme på lignende måder, når grupperne beskriver, at det er andre forundt at læse sociologiske teorier (Bourdieu og Foucault), at sygeplejen udelukkende er et praksisfag. Samtidig fortrænges det at også læge-, arkitekt- eller advokatpraksis- også er praksisrettede fag. Disse subtile dominansrelationer er imidlertid ikke blot virksomme i sproget eller i de sundhedsprofessionelles kroppe. De er også nedfældede og virksomme i organisationer, hvor arbejdet er organiseret efter, hvilke arbejdsområder grupper kan, må, vil og også «tør» varetage. For eksempel hvem må stikke på særlige måder i patientkroppes hud, muskler, blodårer og indvolde, og hvem afgør om patienter må få adgang til visse sundhedsinstitutioner (Larsen, 2008; 2013).

På lignende måder har de fleste af os inkorporeret velfærdsstaten i vore kroppe og naturaliseret dens paradokser, som at der for eksempel er fuld offentlig finansiering af knækirurgi men kun delvis støtte til tandkirurgi. Mellemprofessionerne har inkorporeret, at deres fagområder ikke er så krævende, at kritiske teorier er mindre vigtige, eller at det ikke er særligt relevant at forske indenfor deres fagområder. De historiske og sociologisk set arbitrære dominansrelationer og deres udlægning af virkeligheden, her på det sundhedsmæssige område, ligger dybt i vores kroppe og er overført som en måde at tænke om sig selv på som sygeplejerske, ergoterapeut mv. Dominansrelationerne i feltet er virksomme i relationer mellem

kroppe (læge, sygeplejerske –helse- og socialarbejder-assistent), i uddannelseshierarkier (lang videregående, mellemlang videregående og kort videregående uddannelse) og i tilgange til og indgange i patienter (IA-i arterier, IV-i vener og PC-på hud) (Larsen, 2008). I rapporten har vi formidlet, at disse «naturaligheder» er mulige at gøre til genstand for granskninger, og måske er de ligefrem nøglen til nye indsigter, som de sundhedsprofessionelle kan bruge som afsæt for at udvikle sig mere proaktivt end reaktivt. En implikation af disse overvejelser er at vi i rapporten formulerer at der er et øget behov for, at de sundhedsprofessionelle «ikke blot opsøger og anvender viden, der er relevant for deres fagområde, men at de også selv udvikler viden via opbygning og udvikling af institutionelle sammenhænge og stillingsstrukturer», samt at uddannelserne skal uddanne sundhedsprofessionelle med et øget indslag af elementer fra forsknings- og udviklingsverdenen» (Larsen mfl., 2014, s.11-12).

Fra synlige og formelle til usynlige og uformelle læremestre

Opdraget angik, som nævnt, uddannelse af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, dvs. revision af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Hermed lå der også en implicit præmis om, at de didaktiske designs, som en uddannelsesinstitution kan planlægge og organisere, ville være afgørende for kvaliteten af de kompetencer, som dimittenderne kunne komme ud med efter endt uddannelse. En del uddannelsesforskning indenfor velfærdsuddannelserne viser imidlertid, at der sammen med de intenderede og planlagte undervisningsforløb pågår en socialisering eller kulturalisering, som den formelle undervisning må konkurrere med (se for eksempel Larsen, 1999; Johnsen, 2003; Højbjerg, 2011).

I pædagogiske sammenhænge omtales disse påvirkninger som «sideeffekter», «uren pædagogik», «skjulte læremestre», «socialisering» eller «implicit pædagogik» (Bourdieu og Passeron, 2006; Larsen, 1999; Bauer, Borg og Broady 1986; Brinkmann mfl., 2011). Disse skjulte læremestre spiller ind på den måde, som uddannelserne både tilrettelægges og afvikles på. Når for eksempel stærke krav om strukturerede og planlagte læringsforløb sætter sig igennem i de praktiske dele af professionsbacheloruddannelserne, miskendes den betydning, som en given praksis sætter for en planlægning (Højbjerg, 2011; 2015). Hvis praktiktiden bliver stramt styret af samtaler om studieplaner og didaktiske designs som lærestilstests og refleksionsseancer, risikerer praktikdelen af uddannelsen tillige at blive koloniseret af en klassisk skoletænkning. Vi har alle erfaringer med, hvad der er «rigtig» uddannelse og undervisning. Det vil sige, at vi er socialiseret til at tænke, at uddannelse og undervisning er det, der foregår, når man sidder på stole ved borde, bruger bøger eller tekster, skriver, rækker hånden op etc. Dertil skal lægges, at der historisk har været etableret et videnshierarki, hvor boglig viden er alment anerkendt som værende mere værdifuld end praktisk uddannelse og oplæring. Her virker den symbolske vold ved, at abstrakt, teoretisk viden i kroppen på os alle i højere grad anerkendes som hørende til «rigtig» undervisning. Man kan sige, at den viden, der eksklusivt er tilgængelig i en praktisk kontekst, er kendetegnet ved først og fremmest af være ongoing. Levet liv er i gang, hvert sekund, altid og hele tiden. Ting sker, mennesker handler uanset, at man som professionel kan tænke: «Det her kan jeg ikke.» Det, der sker, kan ikke gøres om, det er så at sige irreversibelt. Der er handletvang. Det, man kunne kalde *praksisimperativer*, fordrer, at noget må gøres. Uanset at man som sygeplejerske kan have planer om at

hjælpe en patient på en sygestue med personlig hygiejne, må man omdefinere sine prioriteringer, når en anden patient på samme sygestue pludselig bryder ud i gråd, da hun bliver mindet om årsdagen for sin søns død. Praksis er unik, den kan aldrig gentage sig på samme måde, selvom der vil være lignende situationer, der kommer efter denne. Den rummer værdikonflikter: Er det vigtigst, at den ulykkelige patient får opmærksomhed, eller skal operationsprogrammets effektivitetslogik prioriteres og medpatienten først «klargøres»? Der er sjælden entydige mål eller teknikker for de mange handlinger i en sundhedsprofessionel praksis. At agere i praksis involverer altid den professionelle egen person og tid. Det gælder både den professionelle *fortid* i form af personlige præferencer og dispositioner, som vedkommende bærer med ind i den konkrete praksis, men også *nutid* i form af en konkret kontekst og rytme i begivenhederne. Tiden involverer også *fremtiden*, i form af den mening eller idé, en praksis retter sig mod. Når en praksis pågår, er der ingen analytisk distance mellem agent og acting, jeg og det (det vil sige mennesker, ting og rum), mål og midler. På denne måde fremtræder praksis som uklar, foranderlig, uforudsigelig, konkret situationsbunden, personligt involverende (Højbjerg, 2014). Her tilbyder begrebet kundskabsbaseret praksis en måde at få greb om de vidensformer, som faglig autonomi og kritisk refleksion må basere sig på. Kundskabsbaseret praksis rummer, som nævnt, evidens-og/eller forskningsbaseret viden, erfaringsbaseret-/professionsviden og viden om borgerens/patientens viden, behov og ønsker (Nordtvedt mfl., 2008). Praksis rummer måske netop mest erfarings- og professionsbaseret viden sammen med viden om patientens/borgerens behov og ønsker – en viden som vanskeligt kan læres andre steder end i den praktiske del af uddannelserne.

Opsummering

De danske fagforeninger indenfor de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Sundhedskartellet, ville tilvejebringe et fagligt indspil i deres strategier i forhold til, hvordan der skulle tænkes og organiseres i de fremtidige uddannelser og erhverv. Udgangspunktet var, at arbejdsmarkedet ville ændre sig, og uddannelserne skulle indordne sig efter dette. I vores opdrag fik vi frie hænder til at undersøge de relevante og aktuelle forhold og spørgsmål. Men vi omdefinerede en række hverdagskonstruktioner, herunder politisk-ideologiske og professionsmæssige konstruktioner af, hvad arbejdsmarked, profession, uddannelse, organisation, sundhed og læring er eller bør være. I vores undersøgelse indgik empiriske studier fra litteratur-review og spørgeskemaundersøgelser til interviews og workshops, som sammen bragte vigtig information om, hvordan aktører nationalt og internationalt vurderede behov for sundhedskompetencer om 15–20 år. Men resultater springer ikke ud af at læse bøger og artikler, eller af at holde workshops med aktører i feltet. I rapporten havde vi ikke ekspliciteret den særlige variant af socialkonstruktivisme, som vi igennem vores virke som forskere har fået for vane at arbejde med eller sagt med Bourdieu: havde forkropsliggjort i vores forskerhabitus. Det er hermed gjort. Med hjælp fra sociologisk og pædagogisk teori har vi villet vise, hvordan det netop med teorierne blev muligt at bryde med hverdagskonstruktioner som cementerede, naturaliserede dominansrelationer. Vi har hermed kunnet tilbyde et andet udgangspunkt for det arbejde, der efterfølgende gik i gang med at revidere de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, nemlig:

- at uddannelser ikke blot udfylder et hul, som samfundsudviklingen skaber. Uddannelse er også med til at skabe samfundsudviklingen

- at sundhedsprofessionelle ikke blot er eller skal være reaktive i forhold til deres egne fag og fagudvikling, de er – og skal også være mere proaktive medskabere af den virkelighed, som de er en del af via forsknings- og udviklingsarbejde.
- at faglig praksis sjældent eller aldrig blot kan reduceres til enkle standardinterventioner. Patienter og institutioner er komplekse og sammensatte, og i det konkrete arbejde er mål og midler ofte modsatrettede.
- at hævdvundne dominansrelationer ikke er naturlige, men kulturelle. Med brug af begrebet *symbolsk vold* viser vi, hvordan grupper snarere undertrykker sig selv end undertrykkes af andre
- at formaliserede og eksplicite læremåder og -mestre ikke er tilstrækkelige til at forklare praksisser. Man lærer og agerer også via uformelle læremåder og læremestre.

Vi mener, at kritiske teorier, som de ovenfor præsenterede, er nødvendige instrumenter i udvikling af arbejdet med at optimere vores velfærdsstat og de ydelser, i uddannelse og erhverv, som pågår indenfor de sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige områder. Denne type teorier har en analytisk kraft. Når de bruges som lygte på virkeligheden, får man præsenteret et synsfelt. Hvis ikke teorierne gøres eksplicite, risikerer man, at allehånde fortolkninger er baseret på vilkårligheder, som ikke er gennemskuelige for læseren. At studere virkeligheden er en perspektivisk affære, og det gøres altid fra et punkt. Et synspunkt. Et *point of view*. I den videnskabelige verden må dette *point of view* gøres transparent for dem, der skal forstå og forholde sig til den frembragte viden. Det gøres ofte ikke i genren rapporter, som forskellige interessenter – faglige som politiske – ofte anvender som beslutningsgrundlag – eksempelvis som den rapport, vi var medforfattere på. Det er der hermed rådet bod på. Men det var ikke hele hensigten med dette bidrag. Vi har også

villet pege på, at netop den analytiske kraft, som kritiske teorier kan tilbyde, kan være et potentiale for forandring for de sundhedsprofessionelles bidrag til fremdrift og udvikling af sundhedsvæsenet.

Samfundet er ikke tjent med, at de sundhedsprofessionelle forbliver reaktive og tilpasser sig det arbejdsmarked, der nu én gang er til rådighed. Der bliver et øget behov for kritisk-refleksive sundhedsprofessionelle, der tænker og handler proaktivt på baggrund af dyb indsigt i et komplekst og globalt sammenhængt sundhedsvæsen. En af vejene går gennem, at de sundhedsprofessionelle selv skal udvikle viden relevant for deres egne fagområder. Her skal de lære at tænke deres praksisområder både med specifik faglig teori (anatomi, ernæring, farmakologi), men også med kritiske sociologiske og pædagogiske teorier. Man kan diskutere, hvor, hvornår og hvordan disse kompetencer og indsigter skal nås i de sundhedsprofessionelles uddannelser, der rummer et stærkt element af praksis. Rummene for læring på enten uddannelsesinstitutionen eller i den kliniske praksis giver forskellige mulighedsbetingelser. Men vi har givet et klart bud på, hvorfor de kritiske analyser er nødvendige. Velfærdsstaterne har ikke råd til at undlade at give de sundhedsprofessionelle de fornødne forudsætninger for at bidrage mere aktivt til udviklingen af en af grundpillerne i den nordiske velfærdsstatsmodel, som i udgangspunktet bygger på lige og fri adgang til sundhed.

Referencer

- Bauer, M., Borg, K. og Broady, D. (1986). *Den skjulte læreplan*. København: Unge Pædagoger.
- Bayer, M. og Brinkkjær, U. (2008). *Professionslæring i praksis. Nyuddannede læreres og pædagogers møde med praksis*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. og Passeron, J.C. (2006). *Reproduktionen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., Aastrup Rømer, T. og Tanggaard, L. (red.) (2011). *Uren pædagogik*. Aarhus: Klim.
- Bækgaard, C.D.L (2011). *Teori – praksis forholdet. En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes oplevelser af relevansen og anvendeligheden af den skolelærte teori i forhold til sygeplejepsiksis*. Kandidatspeciale. Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Cerny, P.G. (2010). The competition state today: from raison d'état to raison du Monde. *Policy Studies*, 4(1), s. 1-17. <http://dx.doi.org/10.1080/01442870903052801>
- Dahlager, L. (2006). Overlæge: Nye sygeplejersker kan for lidt. *Politiken*, 21/8-2006.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Gibbons, M., Limoges, C., Novotny, H., Schwartzmann, H., Scott, P. og Trow, M. (1994) *The New Production of Knowledge – The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London: Sage Publications.
- Hansen, K. (2006). Sygeplejersken skal tilbage til sygesengen. *Kristeligt, Dagblad*. 9/9-2006.
- Højbjerg, K. (2011). *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse: En undersøgelse af den kliniske vejleders undervisningspraksis i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen*. Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet.
- Højbjerg, K. (2014). Praktikuddannelse i et professionspædagogisk perspektiv. *Gjallerhorn*, (19), s. 64–71.
- Højbjerg, K. (2015). The challenge of establishing a professional practice within practical education. *Ethnography and Education*, 10(2), s. 185–197. <http://dx.doi.org/10.1080/17457823.2014.995115>
- Jacobsen, S. (2006). Debat: Kridt og kugler – Teori og virkelighed 1: Fri os fra pseudoakademisering. *Politiken*, 2/9-2006.

- Johnsen, M. H. (2003). *Undervisning og læring i praksis*. PhD-afhandling. Viborg: Forlaget PUC, Viborg Seminaret.
- Jørgensen, E. B. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. København: Forlaget Hexis
- Krejsler, J. (2006). Professionel eller kompetencenomade. Hvordan tale meningsfuldt om professionel udvikling? *Nordisk Pedagogik*, (4), s. 298–308. DOI: 10.18261/issn.1891-5949
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. – Et observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen*. Ph.d.-afhandling, UCSE, København.
- Larsen, K. (2008). Sundhedsprofessionernes kamp: hvorfor opretholdes status quo over tid? Om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. I: K.A. Petersen og M. Høyen (red.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert* (s. 295–321). 1. udg. København: Forlaget Hexis.
- Larsen, K., Emmerick Hansen, P., Højbjerg, K. og Dige Bundgaard, M. (2014). *Kompleks fremtid og reflektive sundhedsprofessionelle: Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. Implement Consulting Group, Aalborg Universitet og Sundhedskartellet. Rapport. https://dsr.dk/sites/default/files/30/afrapportering_sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_endelig.pdf
- Nortvedt M. W., Jamtvedt G., Graverholt B. og Reinart L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbaseret – an arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Petersen, K. A. (1996). Den situationsbundne kundskab – om praktikernes egenlogik. I: E.B. Jørgensen (red.), *Sundhedsvidenskabelige praktikker* (s. 321–331). København: Akademisk Forlag.
- Phillips, L. J. (2010). Diskursanalyse. I S. Brinkmann og L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (s. 263–286). København: Hans Reitzel Forlag.
- Porter, C. (2007). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22(1), s. 72–79.
- Rasborg, K. (2012). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I: L. Fuglsang og P.B. Olsen (red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (s. 349–387). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Westbury, I. (1998). Didaktik and Curriculum Studies. I: B.B. Gudem, og S. Hopmann (red.), *Didaktik and/or Curriculum? An international dialogue*. New York: Peter Lang.

Øvrige referencer

Bilagssrapporten: http://www.dsr.dk/Documents/Bilagssamling_sundhedskartellets_uddannelsesprojekt. (Lastet ned 1.6.2015)

NewInsight. (2014). Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet med særligt fokus på professionsbacheloruddannelserne. <http://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/samlet-rapport-sundhedsfremsyn.pdf> (Lastet ned 1.6.2015)