



3-timersrapporten 2015

Implementering af kompetencevurdering i klinisk praksis

Af Susanne Nøhr, Rikke-Line Jacobsen og Lotte Hoelgaard Christensen



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

Rapportens opbygning

- 3-timersrapporten 2015 – Kort fortalt
- 3-timersmødet 2015
- Fokusemne: Kompetencevurdering
- Betragtes kompetencevurdering som en hjælp. Får vi en bedre læge?
- Hvilke metoder er implementeret – og hvilke forventes?
- Specialernes erfaringer med implementering
- Uddannelsessøgende lægers perspektiver og fremadrettede initiativer
- Perspektivering
- Kompetencevurdering nu og i fremtiden
- Anbefalet litteratur
- Deltagende specialer

3-timersrapporten 2015 – Kort fortalt

Hovedfokus for 3-timersmødet 2015 var: Betragtes kompetencevurdering som en hjælp til at uddanne læger således, at de kan løse de lægelige arbejdsopgaver? Stort set samtlige specialer har svaret, at det er deres indtryk, at både de uddannelsessøgende læger og uddannelsesplanlæggerne (UAO og UKYL) finder, at kompetencevurdering og feedback er understøttende eller potentielt understøttende både for:

1. Selve uddannelsen
2. Uddannelseslægenes evner til at løse arbejdsopgaverne som læge

Nogle af de positive ting, der bliver fremhævet i forhold til uddannelse, er systematisering og sikring af kontinuitet; herunder dokumentation og nye mål. Uddannelseskulturændringer og fokus på god feedback fra speciallægerne er med til at give stor uddannelsesmæssig værdi.

I forhold til opgaveløsning som læge bliver nævnt, at det giver legitim adgang til kompetenceudvikling over tid i forhold til de 7 lægeroller og til relevante patientgrupper samt hurtigere selvstændighed og tro på egne evner. Kontakten med speciallægen giver anledning til refleksion og hurtigere mestring samt bedre faglig kvalitet, hvilket giver tryghed for speciallægen og patienten.

Der er stor forskel på, hvor velintegreret de forskel-

lige kompetencevurderingsmetoder er i det enkelte speciale. Enkelte specialer skal først nu til at implementere det systematisk. Overblik kan findes i den elektroniske logbog (logbog.net). Her kan man under specialets filer samt under hver enkelt kompetence finde de kompetencevurderingsmetoder, som ens eget speciale har valgt. Dette fremgår også af specialets målbeskrivelse og af uddannelsesprogrammet, men det er i den elektroniske logbog, den endelige godkendelse skal fremgå.

Du kan få mere at vide om, hvordan det konkret står til med kompetencevurdering ved at læse rapporten, herunder en "hitliste" over de kliniske kompetencevurderingsmetoder, der anvendes af specialerne på Aalborg Universitetshospital. Du kan finde både de uddannelsessøgende og de uddannelsesansvarlige lægers perspektiver, initiativer og bedste råd til implementering af kompetencevurdering.

Derudover er der i rapporten et perspektiverende afsnit om kompetencevurdering nu og i fremtiden, hvor der kan hentes inspiration til anskuelsen af kompetencevurdering og feedback fra litteraturen. Rapporten ligger også på Lægers Uddannelsesforum på: www.luf.aalborguh.rm.dk. God læselyst.

Susanne Nøhr
Uddannelseskoordinerende overlæge
v. Aalborg Universitetshospital

3-timersmøderne 2015

I 2015 deltog alle 34 forventelige specialer på Aalborg Universitetshospital i 3-timersmøderne. Input til møderne kom fra 242 yngre læger fordelt over hele uddannelsesspektret med 19 basislæger, 44 introduktionslæger, 133 i hoveduddannelse, 16 læger i almen praksis blok samt 30 læger i andre stillinger. Ca. 55% af deltagerne gik i forvagt. Ledende overlæger, uddannelsesansvarlige overlæger samt speciallægerne er efterfølgende blevet inddraget og har

forholdt sig til forslagene fra yngre læger i en konkret handlingsplan.

Opgørelsen af ”status siden sidst” for 2014 findes på Lægers Uddannelsesforum (LUF).

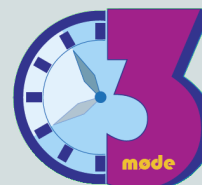
3-timersmøderne på Aalborg Universitetshospital

3-timersmøderne sætter postgraduat uddannelse på dagsordenen på Aalborg Universitetshospital. Møderne giver yngre læger tre timer i arbejdstiden til afdelingsvist at diskutere postgraduat uddannelse og uddannelsesmiljø med et innovativt formål.

Det primære fokus er, hvilke uddannelses tiltag yngre læger selv kan iværksætte, men også hvad øvrige kolleger, afdelingen og hospitalet kan bidrage med.

Processen for 3-timersmøderne og de forskellige dokumenter, der indgår, er beskrevet i detaljer på Lægers Uddannelsesforum (LUF): www.luf.aalborguh.rm.dk. Det er også her, at man kan gå dybere ned i materialet og finde status siden sidst, yngre lægers handlingsplan samt de kommenterede handlingsplaner fra alle deltagende afdelinger. Dette kræver adgang til hospitalets Personalenet. Her har man yderligere mulighed for at blive

inspireret og lære af hinandens handleplaner, idéer og initiativer.



Fokusemne: Kompetencevurdering

Med indførelsen af speciallægekommisionens betænkning¹ i 2003 blev klinisk kompetencevurdering (workplace-based assessment) en obligatorisk del af speciallægeuddannelsen. I 2013 foranledigede Sundhedsstyrelsen, at både kompetencevurderingsmetoderne og lægerollerne blev beskrevet på ny i to selvstændige dokumenter.^{2,3} Med indførelse af den elektroniske logbog (logbog.net)⁴ i 2015 er alle specialers målbeskrivelser blevet revideret og kompetencemetoder inden for de syv lægeroller mere tydeligt integreret.

Som beskrevet i en statusartikel i 2015⁵ så kræver succesfuld implementering både uddannelse af vejledere og ledelsesopbakning for at sikre, at kompetencevurdering og feedback kan foretages i en travl klinisk hverdag – og der er stadig et stykke vej at gå. Vi har derfor på Aalborg Universitetshospital valgt at sætte fokus på vejlederopkvalificering og implementering af klinisk kompetencevurdering jf. Handlingsplan 2016.

Klinisk kompetencevurdering var fokusemnet for 3-timersmødet 2015, og de uddannelsesansvarli-

ge overlæger (UAO) og uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL) blev forinden klædt på med viden, bl.a. af prodekan Charlotte Ringsted.

Fokusemnet blev introduceret som følger: Kompetencevurdering ligger til grund for speciallægeautorisation og sikrer fokus på læring af specialets kernekompetencer inden for rammerne af de 7 lægeroller. Fokusspørgsmålene for 3-timersmøderne 2015 var formuleret således:

Hvordan oplever du som yngre læge, at kompetencevurdering og feedback understøtter din uddannelse – og din evne til at løse arbejdsopgaverne som læge?

Hvilke gode erfaringer kan du videregive fra dit speciale?

Hvilke områder kræver mere fokus og hvordan?

For de fleste afdelinger er svarene på årets fokusspørgsmål imidlertid kun indirekte at aflæse i indberetningerne fra 3-timersmøderne. Inspireret af et speciale, der supplerede deres indberetninger med

¹ *Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Sundhedsministeriet 2000. Betænkning nr. 1384.*

² *Kompetencevurderingsmetoder. Sundhedsstyrelsen 2013. ISBN: 978-87-7104-544-4*

³ *De syv lægeroller. Sundhedsstyrelsen 2013. ISBN: 978-87-7104-510-9*

⁴ <https://logbog.net>

⁵ *Tolsgaard MG et al. Klinisk kompetencevurdering er central i alle speciallægeuddannelser. Ugeskr Læger 2014;176:V02140127*

at svare direkte på spørgsmålene, fandt redaktionsgruppen, at konkrete svar kunne give et vigtigt overblik på dette område både i forhold til 3-timersrapporten og i forhold til det videre arbejde med implementering af kompetencevurdering.

Vi gentog derfor spørgsmålene til specialets uddannelsesansvarlige overlæge(r) (UAO) og uddannel-

seskoordinerende yngre læge(r) (UKYL) og bad dem at give både deres eget perspektiv og deres vurdering af de uddannelsessøgende lægers holdning til spørgsmålene. Derudover spurgte vi ind til faktuelle forhold, herunder hvilke konkrete metoder der blev anvendt aktuelt, og hvad der manglede at blive indført jf. specialets målbeskrivelse. Samtlige specialer svarede på spørgeskemaet, der ses nedenfor.

Hvordan vurderer I de yngre lægers oplevelse af:

- Kompetencevurdering og feedback som understøttende for deres uddannelse?
- Kompetencevurdering og feedback som understøttende for deres evner til at løse arbejdsopgaverne som læge?

Hvad er jeres eget perspektiv på ovennævnte?

Hvilke konkrete metoder anvender I aktuelt?

Hvilke metoder mangler I at indføre jf. specialets målbeskrivelse?

Hvilke gode erfaringer kan I videregive fra jeres speciale?

Hvilke områder kræver mere fokus og hvordan?

Har I andre kommentarer?

I det efterfølgende beskrives de forskellige perspektiver på kompetencevurdering på Aalborg Universitetshospital.

Betragtes kompetencevurdering som en hjælp? Får vi en bedre læge?

Kompetencevurdering erstatter specialisteksamen – og har det dobbelte fokus at understøtte lægens uddannelse (formativ vurdering) og at sikre, at lægen får/besidder de nødvendige kompetencer (summativ vurdering).

Hovedfokus var således at adressere det centrale spørgsmål: Betragtes kompetencevurdering som en hjælp til at uddanne læger, således at de kan løse de lægelige arbejdsopgaver? Det dannede udgangspunkt for de yngre lægers refleksioner ved 3-timersmødet og for de spørgsmål, vi stillede UAO og UKYL.

Stort set samtlige specialer svarede, at det var deres indtryk, at både de uddannelsessøgende læger og uddannelsesplanlæggerne (UAO og UKYL) fandt, at kompetencevurdering og feedback er understøttende/potentielt understøttende både for 1) uddannelse og for 2) uddannelseslægernes evner til at løse arbejdsopgaverne som læge.

Nogle af de positive ting, der blev fremhævet i forhold til **1) uddannelse**, var systematisering og sikring af kontinuitet - herunder dokumentation og nye mål, uddannelseskulturændringer, at feedback fra speciallæge giver stor uddannelsesmæssig værdi, og at feedback er en lavthængende frugt.

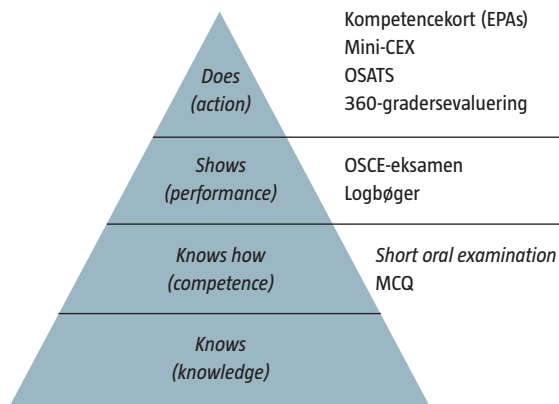
I forhold til **2) opgaveløsning som læge** blev nævnt, at det giver: legitim adgang til kompetenceudvikling over tid i forhold til de 7 lægeroller og til relevante patientgrupper, hurtigere selvstændighed og tro på egne evner. Kontakten med speciallægen giver anledning til refleksion over trænings-/læringsbehov/alternative løsninger på klinisk udfordring/personlige svagheder og styrker, hurtigere mestring samt bedre faglig kvalitet, hvilket giver tryghed for speciallægen og patienten (patientsikkerhed). Helhedsvurderinger styrker løsning af hele patientopgaven (fx ikke kun OP procedure).

Hvilke metoder er implementeret?

Langt de fleste specialer benytter sig af kompetencevurderingsmetoder, der retter sig mod vurdering af det øverste lag af Millers pyramide⁶, der omhandler lægegering udført i praksis. Der henvises til statusartiklen om kompetencevurdering fra Ugeskriftet⁵, hvorfra figuren er gengivet, og hvor de enkelte metoder er uddybende beskrevet.

 FIGUR 1

Psykologen George Miller foreslog i 1990 en struktur for klinisk kompetencevurdering. Eksempler på kompetencevurderingsmetoder, der kan bruges inden for hvert niveau, er anført ud for hver kategori.



CEX = *clinical evaluation exercise*; EPAs = *entrusted professional activities*; MCQ = *multiple choice-questionnaire*; OSATS = *Objective Structured Assessment of Technical Skills*; OSCE = *Objective Structured Clinical Examination*.

⁶ Miller GE. *The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65(suppl):563-7*

I tabellen nedenfor ses "hitlisten" over de kliniske kompetencevurderingsmetoder, der angives anvendt af specialerne på Aalborg Universitetshospital ifølge data fra spørgeskema og 3-timersmøder.

	Metode	Antal specialer
1	Direkte (struktureret) observation/supervision	26
2	Case-baseret diskussion (CBD)	23
3	360-grades evaluering	18
4	Mini-CEX <i>generel vurdering fx ved patientkonsultation</i>	12
5	Kompetencekort/Kørekort/EPA	12
6	OSATS <i>vurdering af kirurgisk/teknisk kompetence</i>	9
7	Vejledersamtaler	9
8	NOTTS <i>vurdering af ikke-teknisk kompetence</i>	3

De anførte metoder indbefatter vurderingsmetoder, der bygger på direkte observation (1,4,5,6,8), helhedsvurderinger (3,4) samt retrospektive metoder (2,7).



Direkte (struktureret) observation/supervision og case-baseret diskussion (CBD) anvendes af alle typer specialer. Mini-CEX er mest populært blandt de medicinske afdelinger, mens OSATS og NOTTS - der evaluerer tekniske færdigheder og ikke-tekniske færdigheder som situationsbevidsthed, beslutningstagning, kommunikation og ledelse - primært anvendes af de kirurgiske afdelinger i samarbejdet på operationsstuen.

360-graders evaluering er implementeret på hospitalsniveau via en central indsats og anvendes til at evaluere og give feedback på kompetencerne professionel, kommunikator, samarbejder og leder.

Man må derfor formode, at 360-graders evalueringer anvendes af flere afdelinger end opgivet. Der kan dog være forskel på, om metoden anses som anvendelig til kompetencevurdering, uagtet den er angivet i målbeskrivelserne, eller mere betragtes som et personligt udviklingsredskab.

Det er specialeselskaberne der i samråd med Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at udvælge kernekompetencer og angive metoder til vurdering af disse. Der er stor forskel på, hvor velintegreerede de forskellige kompetencevurderingsmetoder er i det enkelte speciale. Enkelte specialer skal først nu til at implementere kompetencevurdering systematisk.

Hvilke metoder forventes?

Overblik over forventede kompetencevurderingsmetoder kan findes i den elektroniske logbog <https://logbog.net>. Strategien for den enkelte kompetence fremgår også af specialiets målbeskrivelse og uddannelsesprogram, men det er i den elektroniske logbog, at den endelige godkendelse skal fremgå.

På logbog.net under ”kompetenceoversigt” findes specialiets kompetencer inden for henholdsvis introduktions- og hoveduddannelsen.

I mange af specialerne har man også indikeret, hvilke lægeroller der er i spil ved den enkelte kompetence som i eksemplet her fra Gynækologi-Obstetrik:

The screenshot shows the logbog.net interface. The main content area displays a table of competencies for the specialty 'Gynækologi og obstetrik - nov 2013'. The table has columns for Id, Kompetence, Fase, and Rolle. The entry for '11.3 Den akutte gynækologiske patient (D)' is circled in red. The roles listed for this entry are Kommunikator, Leder/administrator/organisator, Samarbejder, and Sundhedsfremmer.

Id	Kompetence	Fase	Rolle
11.1	Den akutte gynækologiske patient (D)	Intro	Kommunikator Leder/administrator/organisator
11.2	Den akutte gynækologiske patient (D)	Intro	Kommunikator Leder/administrator/organisator Samarbejder
11.3	Den akutte gynækologiske patient (D)	Intro	Kommunikator Leder/administrator/organisator Samarbejder Sundhedsfremmer
12.1	Abortus provocatus, antikonception og sterilisation (D)	Intro	Kommunikator Leder/administrator/organisator
12.2	Abortus provocatus, antikonception og sterilisation (D)	Intro	Kommunikator Leder/administrator/organisator Sundhedsfremmer
I3	Tidlige graviditetskomplikationer (D)	Intro	Kommunikator Medicinsk ekspert Professionel

Når man klikker på den enkelte kompetence – fx ”den akutte gynækologiske patient” som brugt i eksemplet her – kommer man ind og får nogle flere oplysninger. Man kan her se, hvad kompetencen be-

står af, hvordan den læres - og særligt vigtigt i denne sammenhæng - hvilke kompetencevurderingsmetoder der forventes anvendt til at vurdere, om den givne kompetence er opnået:

The screenshot shows a web application interface. On the left is a navigation menu with a tree structure: 'Specialespecifikke filer', 'Tilføj fil', 'Uddannelseslæger', 'Forløbsoversigt', 'Kompetencer til godkendelse (3)', 'Notater (60)', and 'Vejledere'. Below the menu are calendar views for July, August, September, and October 2016, and a 'Notat' button. The main content area is titled '11.2 Den akutte gynækologiske patient (D)'. It includes a legend for 'Leder/administrator/organisator' (purple) and 'Samarbejder' (green). The 'Kompetence' section contains a table with columns for 'Kompetence' and 'Den akutte gynækologiske patient (D)'. The 'Konkretisering af kompetence' section lists tasks like 'udrede og i samarbejde med senior læge forestå undersøgelser og behandling af patient med: akutte underlivssmerter, akutte gynækologiske infektioner, akut vaginal blødning, herunder kunne udrede og behandle en patient ved at kunne: optage specialerelevant anamnese, udføre GU med podninger og cytologi, udføre transvaginal UL med identifikation af uterus, bestemmelse af endometrietykkelse og vurdering af adnexa, herunder ved mistanke om patologi involvere en anden læge, udføre endometriediagnostisk (abrasio eller endometriebiopsi og/eller vandscanning)'. The 'Læringsstrategier' section lists 'Easign træning med fantom til GU evt. ultralydsmodul', 'Struktureret vejledersamtale (2 cases)', and 'Mini-CEX; den ambulante akutte gynækologiske patient i ambulatoriet'. The 'Kompetencevurderingsmetode' section, highlighted with a red oval, lists 'Indsamling af billedokumentation (ca. 10 mål af endometrietykkelse (AP))' and 'Checkliste til dokumentation af abrasio, endometriebiopsi eller vandscanning (ca. 10)'. At the bottom, there is a table with columns 'Filnavn' and 'Størrelse', and a message: 'Der er ingen filer tilknyttet denne kompetence'.

Derudover har man mulighed for at få en oversigt over alle kompetencevurderingsmetoderne i specialet ved at gå ind under ”specialespecifikke filer”.

Vedrørende nærmere beskrivelse af de enkelte me-

toder henvises til Sundhedsstyrelsens beskrivelse af kompetencevurderingsmetoderne, inkl. Bilag².

Vedrørende selve brugen af logbog.net henvises til vejledningen, der ligger i systemet.

Specialernes erfaringer

Specialerne blev i spørgeskemaet bedt om at videregive deres gode erfaringer med implementering af kompetencevurdering. Nedenfor gengives de uddannelsesansvarlige lægers (UAO og UKYL) svar på dette.

Overblik/information/implementering

- Lav en implementeringsstrategi (Urologi) - er gengivet som eksempel på side 14.
- Yngre læger underviser i de forskellige kompetencevurderingsmetoder ved morgenkonference, hvilket forventes at give ejerskab. Kortfattet checkliste over kompetencemetoder og tidspunkt for forventet godkendelse (Gynækologi)
- Udtrykte forventninger til, at kompetencevurderingsskemaet udfyldes (Nuklearmedicin)
- Brug de faciliteter, som allerede eksisterer i logbogen (Klinisk Biokemi)
- Kombinationen af individuelle uddannelsesplaner og kompetencekort skaber overblik over uddannelsesforløbet (Anæstesi)
- Gennemgang af kompetencevurderingsmetoder ved introduktion til afdelingen (Geriatrici)
- Vi har lavet tavle i konferencerum, hvor YL kan skrive om de manglende kompetencer, så at vi kan fokusere på det (Lungemedicin)
- Kompetencetavlen og kompetencestyringssystem kommer til at blive effektivt (Klinisk Mikrobiologi)
- Introduktion til ændringer i målbeskrivelse og kompetencevurderingsredskaber ved en tema-

eftermiddag med efterfølgende socialt arrangement; prioriteret fra ledelsen og alle funktioner blev lukket ned. Efterfølgende opfølgning og reminders til morgenundervisning (Øre-næse-halskirurgi)

- Planlagte fokusuger vedrørende kompetencevurdering; afventer erfaringer (Onkologi)
- Der skal snakkes meget om det, inden der kommer gang i anvendelsen af en mere struktureret kompetencevurdering (Patologi)
- Den ”gode tone” og dermed konstruktiv feedback er forudsætning for at udvikle systematisk kompetencevurdering (Kirurgi)

Arbejdstilrettelæggelse

- Vi har en forventning om, at når kompetencevurderingerne er lagt ind i arbejdsplanen, er der en større sandsynlighed for, at de bliver gennemført (Urologi)
- Forvagt og bagvagt arbejder sammen, hvilket styrker mesterlæren (Karkirurgi, Nuklearmedicin)
- Der arbejdes side om side, hvilket giver unikke muligheder for kompetencevurdering (ATC)
- Parallelambulatorier (senior-junior parallel forløb) (Øjenafdelingen)
- Dobbeltspor i ambulatoriet med overlæge/speciallæge bag 2 yngre læger (Øre-næse-halskirurgi)
- Parallelambulatorier giver gode muligheder for

feedback og kompetencevurdering (Reumatologi)

- Funktionen stuegangsteam giver mulighed for feedback, direkte observation og casebaseret diskussion (Neurologi)
- Tid og rum til oplæring og kompetencevurdering af procedurer fx lumbalpunktur (Hæmatologi).

Vejleder/vejledt – relationen/kontakten

- Opbakning fra alle specialtandlæger har givet systematisk anvendelse af kompetencevurdering (Kæbekirurgi)
- Subspecialiserede vagtlag giver mulighed for konferering på højt individuelt niveau (Kardiologi)
- Navngiven senior læge som supervisor (Infektionsmedicin)
- Gennemgang ved vejleder forud for patientkontakt styrker patientsikkerheden og reducerer behov for opfølgning (Arbejdsmedicin)
- Faste introsamtaler ved UAO mhp. forventningsafstemning (Endokrinologi)
- Hurtigt at få afholdt møde med kliniske vejledere, som fx gennemgår konkrete patienthistorier og procedurer, som den uddannelsessøgende har været involveret i. Debriefing af forvagten inden morgenkonference. Tid og rum til oplæring og kompetencevurdering af procedurer fx lumbalpunktur (Hæmatologi).
- Gennemgang ved vejleder forud for patientkontakt styrker patientsikkerheden og reducerer be-

hov for opfølgning (Arbejdsmedicin)

- Tæt ”holdspil” mellem yngre læge og speciallæge (Plastikkirurgi)
- Tæt/tilgængelig kontakt for den uddannelsessøgende læge med daglige vejledere og hovedvejledere. Speciale med rig mulighed for at træne/opøve kommunikation i det daglige (Socialmedicin)

Kompetencevurderingsmetoder og feedback

- Journalaudit støtter stejl læringskurve, og mini-CEX giver struktur og fokus for kompetencevurdering og feedback (Genetik)
- Casebaseret diskussion v. fremlæggelse af dagens case (er tidsbesparende) (Geriatrici)
- Konferencediskussioner, ”smileys” for feedback og vandrepokal til ”månedens feedbacker” (Infektionsmedicin)
- Vi kommer meget langt med casebaseret undervisning og fremlæggelser med efterfølgende feedback (Kardiologi)
- Kørekort – ved opnået kompetence på selvstændigt niveau skemaføres dette til brug for arbejdsplanlægning (Neurokirurgi)
- ”Kørekort” (licens to ”drill”) til operationer - kørekort til tekniske færdigheder (Ortopædkirurgi)
- Kompetencevurdering, der bygger på direkte observation, er stadigvæk det bedste (Pædiatri).
- Anvendelse af mini-OSCE (Radiologi)
- Funktionen stuegangsteam giver mulighed for

- feedback, direkte observation og casebaseret diskussion; anvendelse af feedbackkortet og dagens case/videoptagelse fra vagten (Neurologi)
- Feedbackkort, dagens case/videoptagelse fra vagten, teoretisk fremlæggelse og patientdemonstration giver rig mulighed for feedback på undersøgelsesteknik, valg af udredningsplan, differentialdiagnoser og patientinteraktion ("bløde værdier") (Neurologi)
 - Kirurgisk oplæring er foregået i hundredvis af år med succes, så vidt vi kan vurdere... At indføre en New Public Management-tilgang til opnåelse af kirurgiske kompetencer bidrager med intet (Thoraxkirurgi)
- Til inspiration har vi valgt at medtage urologisk handlingsplan for at få implementeret metoderne til kompetencevurdering:

Urologisk strategi for implementering af kompetencevurderingsmetoder

Der er fra de faglige selskabers side, herunder DUS, et ønske om, at kompetencevurderingerne bliver mere strukturerede, ensartede og synlige. Kompetencevurderingsmetoderne er obligatoriske og beskrevet i målbeskrivelsen fra 2014. Der er på Urologisk Afdeling enighed om, at en struktureret vurdering og feedback vil være til glæde for både de uddannelsessøgende og afdelingen. Brugen af kompetencekort styres af de uddannelsessøgende, og alle forventes at deltage. Kompetencevurdering skal integreres i det daglige kliniske arbejde og vil delvist blive skemalagt.

Kompetencevurderingsmetoder i målbeskrivelse:

- OSATS: Objektiv struktureret vurdering af tekniske færdigheder.
- NOTSS: Ikke-tekniske færdigheder for kirurger/urologer.
- Mini-CEX: Vurdering af kliniske kompetencer.
- CBD: Case-baseret diskussion.
- Kompetencevurderingskort: De kompetencekort, der skal bruges, ligger på DUS hjemmeside og i A4 format på resevelægekantoret
- VOT (Reznik-skema): Vurderingsskala til vurdering af operativ teknik.
- DOPF: Direkte observation af praktiske færdigheder. Til mindre endoskopiske indgreb.

Struktur:

- Introduktions- og hoveduddannelseslæger får to superviserede konsultationer i ambulatoriet/stuegang hvert halve år. Der bruges mini-CEX/NOTSS.
- KBU-læger to superviserede journaloptagelser/stuegang hvert halve år. Der bruges mini-CEX/NOTSS.
- Alle uddannelsessøgende 2 operative procedurer hvert halve år. Der bruges VOT/DOPF/NOTSS.
- Alle uddannelsessøgende 2 CBD hvert halve år.

Ovennævnte er minimumstal. VOT skemaet kan uden problemer bruges hyppigt uden det store tidsforbrug for uddannelsessøgende og vejleder. HU-læger superviseres af speciallæger, typisk i det team, hvor de aktuelt arbejder. KBU og introlæger af kollegaer med højere charge.

Uddannelsessøgende har ansvaret for, at de planlagte superviserede konsultationer / procedurer gennemføres. Ud fra præliminært vagtskema planlægges supervisionen senest 6 uger før med supervisor. Der meldes tilbage til skemalægger, og supervisionen fremgår af endeligt vagtskema, og der afsættes relevant tid hertil. Dog kan VOT/DOPF planlægges fra dag til dag når operationsprogrammerne foreligger.

Der afsættes en tid i ambulatoriet til konsultation og den efterfølgende tid til feedback og udfyldelse af skema. Speciallægen har ikke konsultationer samtidig. For at lette planlægningen ligger disse tider fast.

Uroteam: mandag i første uge af februar, juni, september og december afsættes to første tider til supervision.

Nyreteam: tirsdag anden uge af februar, juni, september og december afsættes to tider til supervision

BP-team: onsdag tredje uge af februar og september samt torsdag tredje uge af juni og december afsættes to første tider til supervision.

Ved stuegang/journaloptagelse afsættes 20 minutter til feedback og udfyldelse af skema.

CBD ligger fra 14.30 til 15.30. Vejleder orienteres om case i god tid så han/hun kan forberede sig.

Uddannelsessøgende lægers perspektiver og initiativer

Det følgende vil give et overblik over nogle af de indsatser, som de uddannelsessøgende læger har defineret, som er forudsætning for og understøtning af kompetencevurdering i den kliniske hverdag. Alle indsatser er ikke dækket, men vi har valgt at fremhæve nogle af dem, som synes at være gennemgående i mange specialer. De falder fint i tråd med det de uddannelsesansvarlige har angivet i spørgeskemaet.

Overblik over kompetencer

Flere afdelinger finder det nødvendigt at arbejde med at få overblik over kompetencer fx via tavler, skemaer eller plancher. For nogle kunne man eventuelt med fordel arbejde yderligere på, hvordan man vil sikre, at overblikket altid er opdateret – samt hvordan man vil sikre, at det også bliver anvendt til gavn for kompetencevurderingen.

Det er lidt forskelligt, hvad man ønsker overblik over. Nogle af initiativerne går på overblik over lægens kompetencer, og hvad den enkelte mangler – andre handler om at synliggøre kompetencekravene på de forskellige uddannelsesniveauer. Endvidere er der kompetencetavler, hvor YL kan anføre ønsker om forbedringer af kompetencer. Fælles for alle idéerne er at give bedre overblik til den uddannelsessøgende, vejleder samt øvrige læger på afdelingen.

Information om kompetencevurdering

Nogle afdelinger har vurderet, at der er et behov for

et højere vidensniveau blandt lægerne i afdelingen mht. til kompetencevurdering og metoder hertil. De har valgt at definere nogle indsatser, der skal imødegå dette ved at sørge for systematisk gennemgang af kompetencevurderingsmetoder ved morgenkonference eller undervisning i metoderne på anden vis. En afdeling har defineret en indsats, der går på at alle nyanstattede læger skal introduceres til kompetencevurdering.

Implementering af kompetencevurdering

Mange afdelinger beskæftiger sig med, hvordan man kan få kompetencevurdering mere i fokus i hverdagen og den eventuelle indførelse af nye strukturer for at sikre dette.

En del initiativer er ret så konkrete tiltag, som handler om synliggørelse og om, hvordan man kan gøre det lettere og mere tilgængeligt at give kompetencevurdering.

Følgende er eksempler på initiativer, der har fokus på implementering og struktur for kompetencevurdering:

- 1-2 fokusuger for kompetencevurderingsmetoder hvert halve år (Onkologi).
- Introducere kompetenceansvarlige læger fra hver sektor til at underskrive de enkelte kompetencer (Ortopædkirurgi).
- For alle uddannelseslæger skal der laves en EPA [entrustable professional activity] per måned (Patologi).

- Kompetencerne skal være opnået senest 4 mdr. før færdig speciallægeuddannelse, så man har mulighed for subspecialisering (Patologi).
- Der er booket planlægningsmøder, hvor UKYL, UAO og planlægningsmedarbejder skal se på logistik og muligheder for at optimere planlægning af kompetenceerhvervelse (Øjenområdet).
- Mere synlighed af mini-cex og OSATS ved, at de yngre læger selv sørger for at have dem med (ØNH).
- Udvikling af specialespecifikke kompetencekort (Geriatrici).
- At skemaer/værktøjskasse er til rådighed på afdelingen (Infektionsmedicin, Thoraxkirurgi, Kirurgi).
- Indførelse af faste krav om, at der skal vurderes en kompetence per uddannelsessøgende per måned (Onkologi).
- Lave en A4 side med fortrykte rubrikker til feedback, som kan ligge i de relevante rum (Hæmatologi).
- Print af kompetencekort skal ligge på stuegangskontor og konferencebord (Infektionsmedicin)
- Journal-audit til godkendelse af specifikke kompetencer (Onkologi)
- Sende kopi af skadekort til sin vejleder mhp. kompetencevurdering (Ortopædkirurgi)
- Retznic skal bruges ved vurdering af kirurgiske færdigheder, og reservelæger skal selv sørge for at have det på sig til speciallægen (Plastikkirurgi)

Arbejdstilrettelæggelse

En del initiativer handler om arbejdstilrettelæggelse og sigter mod at skabe krydspunkter, hvor den uddannelsessøgende kan vurderes, altså få supervision, kompetencevurdering og feedback. Nogle initiativer går på ugeskemaet, som skal planlægges, så der tages højde for, at der skal være mulighed for at opnå kompetencevurdering. I andre initiativer foreslås bl.a., at man planlægger uddannelsesdage, forstuegang og skemalagt supervision – således at der skabes lejlighed for den uddannelsessøgende til at få vurderet kompetencer. Nogle specialer foreslår også frigørelse af speciallæge til at supervisere, fx i et paraply-ambulatorium.

Vejlederstrukturen

En del afdelinger beskæftiger sig med, hvem der har det formelle ansvar for hvad – fx er det tilsyneladende ikke klart for alle på alle afdelinger, at kompetencevurdering kan og skal foretages af alle læger / kliniske vejledere og ikke bare hovedvejlederen.

Derfor ses der flere initiativer, der handler om struktur, aktører og afholdelse af vejledersamtaler. Der er fokus på, hvem der kan lave kompetencevurdering, og at det ikke kun er hovedvejleders opgave. I den forbindelse har en afdeling fx foreslået, at resultater af justeringssamtaler fremlægges for kollegaer, så alle kan støtte op om målene.



En del afdelinger har fokus på, at alle speciallæger skal have et vejlederkursus, hvilket falder i tråd med, at det også er et fokuspunkt fra hospitalsledelsens side.

Supervision og feedback

Supervision og feedback nævnes i mange af indberetningerne, men knyttes ofte ikke rigtig an til kompetencevurdering. Dog må tanken være, at strukturen omkring supervisions- og feedback-situationer skal være på plads for at opnå tilfredsstillende kompetencevurdering.

En del af initiativerne går på forskellige arbejdsituationer, hvor man ønsker mere supervision og feedback som fx ved stuegang, undervisning, efter vagt, operationer og ambulatoriedage. I den forbindelse nævnes også muligheden for at få supervision på videoptagelser.

Konferencer til læring

Udnyttelsen af konferencer ser ud til at hænge tæt

sammen med behovet for at sørge for krydspunkter. En del afdelinger ser muligheder for bedre udnyttelse af konferencer til læring ved fremlæggelse af vanskelige patientforløb eller på anden måde interessante patienter set i et læringsperspektiv. Formen på fremlæggelserne er også behandlet i nogle af initiativerne, hvor der ses øget mulighed for læring, hvis konferencerne får mere fokus på diskussion og det at ”tænke højt”.

Udvalgte initiativer

Til inspiration har vi valgt at fremhæve nogle eksempler fra to specialers handleplaner (yngre lægers handlingsplaner, inkl. kommentarer fra ledelsen), nemlig Gynækologi-Obstetrik og Onkologi.

Samtlige specialers handlingsplaner kan tilgås på Lægers Uddannelsesforum, som tidligere angivet.

Gynækologi-Obstetrik:

Følgende initiativer er et udsnit af yngre lægers handlingsplan på afdelingen:

Initiativ 1:

YL: Vi sætter evaluering af vejlederne på som fast punkt på dagsordenen på yngre lægemøderne. Synes vi, de er gode nok til at give os feedback og har forståelse for kompetencevurdering.

Ledelsen: Opbakning til, at yngre læger evaluerer vejlederne med hensyn til feedback og kompetencevurdering på yngre lægemøderne. Fokus på, hvordan man giver feedback videre til vejleder. I en situation, hvor der er plads til forbedring, kan det måske være svært, og man vil få støtte fra uddannelsesansvarlige overlæger/UKYL.

Indførelse af vejlederprisen til den vejleder, som har gjort det ekstra godt. Påtænkes at være hvert kvartal.

Initiativ 2:

YL: Information om kompetencevurderingsmetoderne ved morgenkonference med oplæg og diskussion.

Ledelsen: UKYL laver morgenundervisningsplan, hvor emnerne er de forskellige kompetencevurderingsmetoder. Endvidere fokus på kompetencevurderingsmetoder ved vejledermøderne blandt speciallægerne.

Initiativ 4:

YL: Yngre læge med til planlægning af ugeskemaet i forhold til muligheder for at søjleopdele og kompetencevurdere i forbindelse med forskellige opgaver, herunder UL, OP, mini-CEX.

Ledelsen: Stor opbakning fra alle speciallæger til ideen om søjletilknytning. Nok mest realistisk, at det er i fase 4 - altså inden for onkolog og urogyn. Den generelle bemanning gør det urealistisk også at søjletilknytte i fase 2. En søjletilknytning vil bedre uddannelsen og gøre kompetencevurdering lettere tilgængelig. Samtidigt vil de enkelte søjler føle større uddannelsesansvar.

Onkologi:

YL: Udvælge 1-2 uger hvert halve år og i disse uger have ekstra fokus på struktureret klinisk observation og kompetencevurdering.

Ledelsen: Positiv tilbagemelding fra det samlede lægekollegium. Uge 16 2016 er udvalgt til første afprøvning. I uge 15 er der planlagt undervisning i anvendelse af kompetenceevalueringsskemaer, afspadsering forsøges flyttet og arbejdsplanen tilrettelagt efter at frembringe så mange situationer som muligt, hvor kompetencevurdering kan foretages. Efterfølgende evaluering af forløbet med henblik på at udnytte erfaringer til næste gang.

Perspektivering

På Aalborg Universitetshospital er systematisk implementering af kompetencevurdering en del af handleplan 2016. 3-timersmøderne har skabt øget fokus på dette og har medført konkrete initiativer i de enkelte specialer. Der er, ligesom på andre hospitaler, et stykke vej endnu, førend dette er fuldt implementeret.

Det altovervejende indtryk blandt hospitalets uddannelsessøgende og uddannelsesansvarlige læger er, at kompetencevurdering og feedback er med til at understøtte læring, kompetenceudvikling og løsning af de lægelige opgaver. Dette er en vigtig forudsætning for at lykkes med det.

En anden forudsætning er, at specialeselskaberne sikrer, at der anvendes meningsfulde kompetencevurderingsmetoder på (få) udvalgte kernekompe-

tencer, hvilket er en del af målbeskrivelsesarbejdet. På hospitalsniveau er det vigtigt at sikre, at vejlederne kender metoderne og deres formål, hvilket er et af de vigtige emner på vejlederkurset for speciallæger.

Det ville være gavnligt, om kompetencevurdering og feedback i højere grad blev integreret i arbejdstilrettelæggelsen. Det kræver ledelsesmæssig opbakning at sikre tid og rum til dette i en travl klinisk hverdag. Gevinsten er mere målrettet kompetenceudvikling og potentielt bedre match mellem den uddannelsessøgendes kompetencer og opgaveløsningen. Såfremt de uddannelsessøgende tildeles ansvar baseret på dokumenterede kompetencer, vil det kunne gavne både patientbehandling og uddannelsen af yngre læger.

Kompetencevurdering nu og i fremtiden

Kompetencevurdering af læger og opfattelsen af, hvad lægegering indebærer, har ændret sig gennem tiderne. I 2016 angiver Sundhedsstyrelsens beskrivelse af de 7 lægeroller fra 2013¹ de overordnede mål for speciallægekompetence inden for hver af lægerollerne på tre niveauer, se nedenstående figurer. I rapporten er dette eksemplificeret i forhold til konkrete arbejdsopgaver. Målbeskrivelsen for det en-

kelte speciale, der efterfølgende er blevet revideret, angiver de konkrete kompetencer og vurderingsmetoder. Uddannelsesprogrammet og den individuelle uddannelsesplan beskriver tilsammen, hvordan den enkelte uddannelsessøgende tænkes at opnå kompetencerne. Logbogen dokumenterer kompetenceopnåelsen. Eksempler på dette er vist tidligere som screendumps fra logbog.net.



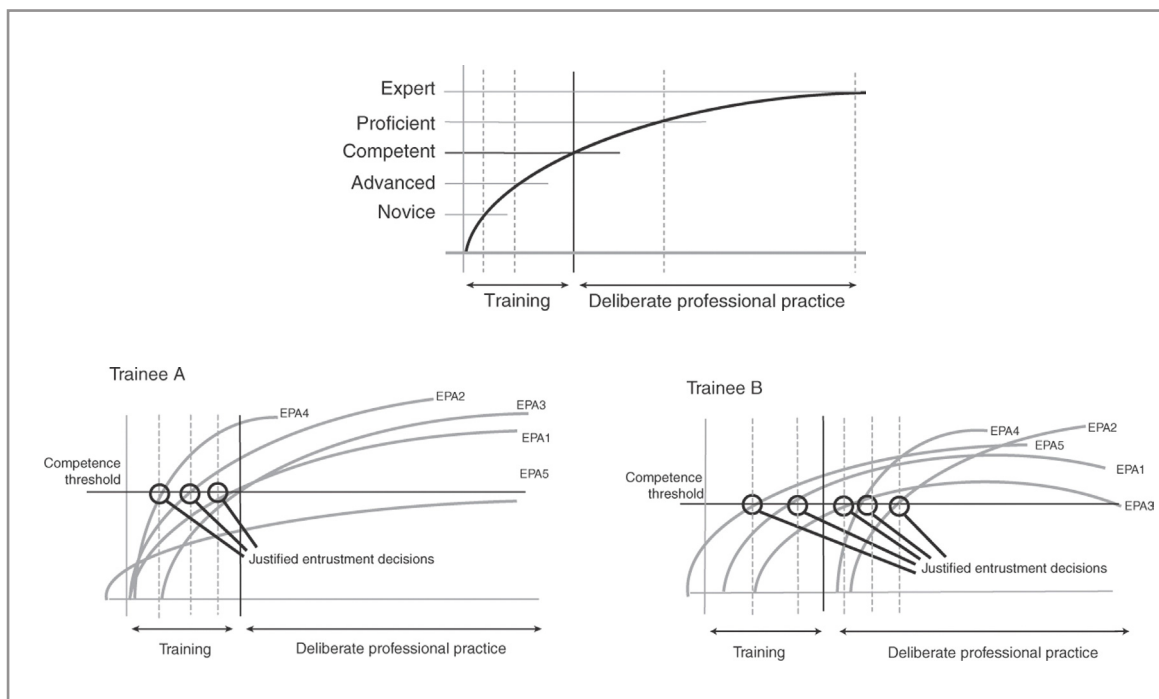
Kompetencevurdering udgør både dokumentation for reel kompetence på det niveau, som den enkelte uddannelsessøgende forventes at opnå efter endt uddannelse, og understøtter sammen med feedback den uddannelsessøgendes læring på vejen dertil.

Formativ kompetencevurdering og feedback i for-

hold til det kliniske arbejde er således essentielt for speciallægeuddannelsen. Milestones og Entrustable Professional Activities (EPA) er de nye begreber, der internationalt bruges om dette. En EPA svarer til en konkret arbejdsopgave, hvori der indgår et flertal af kompetencer ofte involverende flere lægeroller.

Den uddannelsessøgende kan bestride denne arbejdsopgave på flere niveauer fra novice til ekspert, som det fremgår af nedenstående figur, som viser en generel kurve over kompetenceudvikling med Dreyfus and Dreyfus stadier⁷. De lodrette linjer an-

giver hypotetiske tidspunkter for, hvornår et givent kompetenceniveau (milestone) nås for en given aktivitet (EPA). Figurerne er tilrettede fra Medical Teacher, Olle ten Cate et. al⁸.



⁷ Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over machine*. Free Press, New York 1988

⁸ Th.J. Olle ten Cate PhD, Linda Snell & Carol Carraccio (2010) *Medical competence: The interplay between individual ability and the health care environment*, *Medical Teacher*, 32:8, 669-675, DOI: 10.3109/0142159X.2010.500897

Som det ses, har forskellige EPA's forskellige læringskurver, ligesom forskellige uddannelsessøgendes læringskurver varierer for den samme EPA. Den estimerede læringskurve er derfor kun en rettesnor i den overordnede arbejdsplanlægning, mens der skal tages hensyn til den uddannelsessøgendes progression ved detailplanlægningen i den individuelle uddannelsesplan. Det har således direkte betydning for arbejdstilrettelæggelsen, om den uddannelsessøgende kan passe en funktion på et selvstændigt niveau – eller om der er behov for supervision.

Tærskelværdien angiver, hvornår man kan give den uddannelsessøgende selvstændigt ansvar. Det essentielle er, at når man giver den uddannelsessøgende "licens to", dvs. underskriver en kompetence, så bygger det på en metodisk vurdering og på, at man "tør betro" (entrust) den uddannelsessøgende den konkrete opgave i forhold til patienterne.

For at nå dertil kræves, at den enkeltes kompetenceudvikling monitoreres og understøttes over tid. Hvad er allerede opnået – og hvad er det, der skal arbejdes med fremadrettet? Feedback skal have fokus på dialog frem for blot information og give anledning til en konkret handleplan for, hvordan den uddannelsessøgende kan opnå den ønskede læring.

Der skal følges op på, om denne læring finder sted – feedback-loop'en skal færdiggøres – og en ny begynde.

Boud⁹ lægger vægt på, at de uddannelsessøgende med tiden selv skal lære at matche deres egen praksis op mod en speciallæges og skal blive i stand til at vurdere, hvilke indsatser der skal gøres for at nå dertil. Dette er ikke nemt, og studier viser store individuelle forskelle i kompetencen for selvurdering. Derfor er det vigtigt, at de uddannelsessøgendes egne vurderinger indgår i feedback-seancen, således at de kan få kalibreret deres selvevalueringer op mod en erfaren vejleders/speciallæges. Dette har stor betydning for den videre udvikling frem mod ikke alene speciallægekompetence, men også ekspertise jf. kurven ovenfor.

Definition af feedback

En proces, hvor den uddannelsessøgende læge opnår information om sit arbejde således, at denne bliver klar over ligheder og forskelle mellem den professionelle standard for arbejdet generelt og den måde, hvorpå de selv udfører arbejdet aktuelt, således at dette forbedres.

David Boud

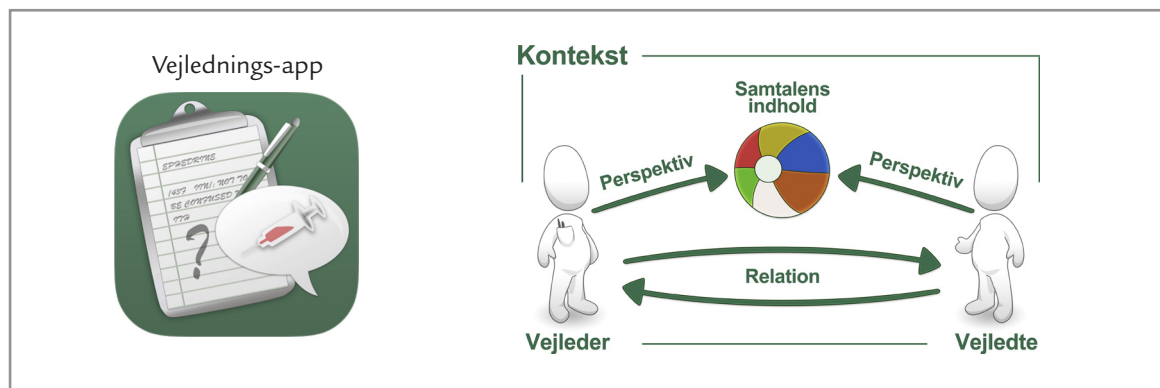
⁹ *The Clinical Teacher's Toolbox. Feedback: ensuring that it leads to enhanced learning. David Boud*Version of Record online: 20 JAN 2015. DOI: 10.1111/tct.12345*

Vigtige budskaber om kompetenceudvikling og feedback i 2016 er således, at kompetencevurdering og feedback skal forankres hos den uddannelsessøgende og gives med respekt for dennes sårbarhed og usikkerhed, og at feedback skal medføre forståelse og effekt, dvs. ændret handling. Elisabeth Molloy^{10 11} har undersøgt vejledernes betydning for dette. Hun har bl.a. lavet feltstudier med observationer af feedbacksessioner, hvor vejlederen talte i 19 ud af en 20 minutter lang session, hvilket ikke levner den uddannelsessøgende plads til at modtage og reflektere oven den givne feedback.

Speciallægenes erfaringsbaserede viden og færdighe-

der samt deres interesse for og evne til at give feedback er af væsentlig betydning i den moderne mesterlære. Medicinsk uddannelsesforskning viser, at både indhold, form, kontekst og ikke mindst relation har betydning for, om feedback medvirker til læring hos den uddannelsessøgende.

Væsentligt er en kultur, der fremmer dialog, refleksion og det at give og modtage konstruktiv kritik, og en form, der er målrettet mod udvikling af kompetencerne (ikke personen)¹². Det er vigtigt at inddrage den uddannelsessøgendes perspektiv og handlingsinitiativ – og sikre, at der følges op på handlingsplanen.



¹⁰ Molloy E. Time to pause: feedback in clinical education. In: Delany C, Molloy E, editors. *The health professions*. Sydney: Elsevier; 2009. pp. 128–146

¹¹ Identifying educator behaviours for high quality verbal feedback in health professions education: literature review and expert refinement.

Johnson CE, Keating JL, Boud DJ, Dalton M, Kiegaldie D, Hay M, McGrath B, McKenzie WA, Nair KB, Nestel D, Palermo C, Molloy EK. *BMC Med Educ*. 2016 Mar 22;16:96. doi: 10.1186/s12909-016-0613-5

¹² Sargeant J, Lockyer J, Mann K, Holmboe E, Silver I, Armon H, Driessen E, MacLeod T, Yen W, Ross K, Power M. *Facilitated Reflective Performance Feedback: Developing an Evidence- and Theory-Based Model That Builds Relationship, Explores Reactions and Content, and Coaches for Performance Change (R2C2)*. *Acad Med*. 2015 Dec;90(12):1698-706.

Der findes mange modeller, som understøtter dette. Illustrationen ovenfor anvendes på vejlederkurset, og app'en "Vejledning" kan downloades gratis.

Det er vigtigt at understrege, at selv få minutters feedback (micro-debriefing) kan gøre en forskel. Find evt. inspiration på <http://cesu.au.dk/ressourcer/feedbackguide/guide/>, der retter sig mod medicinstuderende, men som viser tidsperspektivet.

I fremtiden vil der være fokus på nye metoder til vurdering af kollektiv kompetence og teamsamarbejde, og metoder som i takt med den stigende patientinvolvering mere konkret inddrager patienternes perspektiv.

Anbefalet litteratur

Formalia

- Kompetencevurderingsmetoder. Sundhedsstyrelsen 2013. ISBN: 978-87-7104-544-4
- De syv lægeroller. Sundhedsstyrelsen 2013. ISBN: 978-87-7104-510-9
- <https://logbog.net>

Tutorials

- Tolsgaard MG et al. Klinisk kompetencevurdering er central i alle speciallægeuddannelser. Ugeskr Læger 2014;176:V02140127
- Th.J. Olle ten Cate PhD, Linda Snell & Carol Carraccio (2010) Medical competence: The interplay between individual ability and the health

- care environment, Medical Teacher, 32:8, 669-675, DOI: 10.3109/0142159X.2010.500897
- David Boud. The Clinical Teacher's Toolbox. Feedback: ensuring that it leads to enhanced learning. Version of Record online: 20 JAN 2015. DOI: 10.1111/tct.12345
- Link til app'en "Vejledning" på App Store og Google Play findes på: <http://kortlink.dk/mxbh>



DELTAGENDE SPECIALER

Akut og Traumecenteret
Anæstesi
Arbejdsmedicin
Biokemi
Endokrinologi
Gastroenterologi
Genetik
Geriatrici
Gynækologi/Obstetrik
Hæmatologi
Immunologi
Infektionsmedicin

Kardiologi
Karkirurgi
Kirurgi
Kæbekirurgi
Lungemedicin
Medicin Hobro
Mikrobiologi
Neurokirurgi
Neurologi
Nuklearmedicin
Nyremedicin
Onkologi

Ortopædkirurgi
Patologi
Plastikkirurgi
Pædiatri
Radiologi
Reumatologi
Socialmedicin
Thoraxkirurgi
Urologi
Øjenområdet
Øre-næse-halskirurgi

FORFATTERE:



SUSANNE NØHR

Uddannelseskoordinerende overlæge, ph.d., MLP,
postgraduat klinisk lektor i medicinsk pædagogik
Postgraduat Uddannelse
Aalborg Universitetshospital



LOTTE HOELGAARD CHRISTENSEN

AC-fuldmægtig, cand. mag.,
Postgraduat Uddannelse
Aalborg Universitetshospital



RIKKE-LINE JACOBSEN

Introduktionslæge og UKYL
Hæmatologi
Aalborg Universitetshospital

3-TIMERSMØDERNE 2015

Aalborg Universitetshospital
Forskningens Hus
Postgraduat uddannelse
Sdr. Skovvej 15
9000 Aalborg
Tlf.: 97 66 62 63
E-mail: susanne.noehr@rn.dk
Web: luf.aalborguh.rn.dk

August 2016

Layout:

Peter Friis Jeppesen, Kommunikation, Aalborg UH

ISBN: 978-87-90880-71-2

