hvori man har lavet en detaljeret validitetsundersøgelse. Undervisning og kompetencevurdering af uddannelsessøgende læger kan formentlig forbedres med denne tjekliste og bidrage til et større udbytte af uddannelsen i intern medicin og antagelig også i andre specialer som indikeret af *Zwarenstein & Bryant* [4].

Vi har således vist, at denne tjekliste udviklet til at vurdere stuegangskompetence hos læger har høj indholdsvaliditet. Desuden tyder resultaterne i dette studie på, at tjeklisten også har høj begrebsvaliditet. Der er behov for yderligere studier af anvendeligheden i daglig klinisk praksis og af, hvor gyldigt (reliabelt) instrumentet er. Det er formentlig også nødvendigt at træne vejledere i brugen af tjeklisten til kompetencevurdering af lægers stuegang.

Korrespondance: *Kirsten Nørgaard,* Endokrinologisk Klinik 541, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: Kirsten.noergaard@hh.hosp.dk

Antaget: 16. april 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

A full version of this paper will be published in a forthcoming issue of the Medical Education.

Litteratur

1. Wray NP, Friedland JA, Ashton CM et al. Characteristics of house staff work rounds on two academic general medicine services. J Med Educ 1986;61:893-900.
2. Grant J, Kilminster S, Jolly B et al. Clinical supervision of SpRs: where does it happen, when does it happen and is it effective? Med Educ 2003;37:140-8.
3. Elliot DL, Hickam DH. Attending ward rounds on in-patient units: differences between medical and non-medical services. Med Educ 1993;27:503-8.
4. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Softward, 2001.
5. Busby A, Gilchrist B. The role of the nurse in the medical ward round. J Adv Nurs 1992;17:339-46.
6. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res Nurs Health 1997;20:269-74.
7. Kroboth FJ, Hanusa BH, Parker S et al. The inter-rater reliability and internal consistency of a clinical evaluation exercise. J Gen Intern Med 1992;7:174-9.
8. Salas EC, Burke S, Bowers CA et al. Team training in the skies: does crew resource management (CRM) training work? Hum Fact 2001;43:641-74.
9. Morey JC, Simon R, Jay GD et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams Project. HSR 2002;37:1553-81.
10. Fletcher GCL, McGearge P, Flin RH et al. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. Br J Anaesth 2002;88:418-29.
11. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002;287:226-7.
12. ACGME Outcome project. Accreditation Council for Graduate Medical Education Web site: http://www.acgme.org /april 2003
13. CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. Med Teach 2000;6:349-554.
14. Higher medical training. Generic curriculum. Joint Committee for Higher Medical Training Web site: http://www.jchmt.org.uk /april 2003
15. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? BMJ 2002;325:707-10.
16. Prideaux D, Alexander H, Bower A et al. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. Med Educ 2000;34:820-6.
17. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. Ann Intern Med 1998;129:42-8.
18. Johnson D, Cujec B. Comparison of self, nurse, and physician assessment of residents rotating through an intensive care unit. Crit Care Med 1998;26,1811-6.
19. Davis JD. Comparison of faculty, peer, self, and nurse assessment of obstetrics and gynecology residents. Obstet Gynecol 2002;99:647-51.
20. Wooliscoft JO, Howell JD, Patel BP et al. Resident-patient interactions: the humanistic qualities of internal medicine residents assessed by patients, attending physicians, program supervisors, and nurses. Acad Med 1994;69:216-24.
21. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. J Contin Educ Health Prof 2003;23:4-12.

Patientvurdering af lægelige præstationer

En overset mulighed for kompetenceudvikling?

Læge Henrik Sångren

Hillerød Sygehus, Almen Medicinsk Forskningsenhed i Frederiksborg Amt, og
Københavns Universitet, Panum Instituttet, Central Forskningsenhed for Almen Praksis

Den nye speciallægeuddannelse er opbygget omkring den yngre læges tilegnelse af kompetencer inden for syv forskellige lægeroller på hendes/hans vej til speciallægeanerkendelsen. De syv roller indgår i alle lægelige specialer i større eller mindre grad og er internationalt anerkendt [1].

Der er udarbejdet logbøger som måleinstrument for evaluering af den yngre læges præstationer inden for alle de syv roller: rollen som professionel, som kommunikator, som leder/administrator, som samarbejder, som sundhedsfremmer, som akademiker og som medicinsk ekspert, se eksempelvis [2]. Evalueringen foregår inden for rammerne af et tutor-uddannelseslæge-forhold, altså en *peer*-vurdering af den yngre læges kompetencer.

Men giver en udelukkende kollegial evaluering af en læges evner et fuldgyldigt billede af vedkommendes kompetencer, eller er der andre former for evaluering, der kunne give personlig indsigt og udviklingsmuligheder?

Tabel 1. Undersøgelsens interviewguide. Procentsvar er angivet ved det enkelte spørgsmål. Registrerede data: Køn, alder, indlæggelsesårsag, indlæggelsesvarighed og lægekategori ved seneste stuegang.

	Svar	
Spørgsmål	**ja**	**nej**
Kommunikatorrollen		
K1: Forstod du alt, hvad lægen sagde til dig?	94%	6%
K2: Talte lægen for hurtigt eller utydeligt?	4%	96%
K3: Fik du spurgt om det, du ville?	80%	20%
K4: Oplevede du stuegangen som meningsfuld?	97%	3%
Rollen som medicinsk ekspert		
M1: Opfattede du lægen som fagligt kompetent?	100%	0%
M2: Følte du, at lægen kendte din sygehistorie?	83%	17%
M3: Talte I om, hvad der videre skulle ske under indlæggelsen?	56%	44%
M4: Blev du fysisk undersøgt (stetoskopi/objektiv undersøgelse e.l.)?	56%	44%
Sundhedsfremmerrollen		
S1: Talte I om livsstilsændringer (rygning/vægttab/motion/kost)?	13%	87%
S2: Talte I om, hvordan du magter din livssituation?	13%	87%
S3: Talte I om sociale foranstaltninger fremover (hjemmehjælp o.l.)?	13%	87%
S4: Talte I om fysiske hjælpemidler/ændringer i hjemmet?	6%	94%

Kommentarer:

Under studiet arbejder den medicinstuderende med simulerede patienter, når der skal opnås fortrolighed med den særlige kommunikation i læge-patient-forholdet. Disse simulerede konsultationer giver den studerende en unik mulighed for at øve sig i relationer med patienter og giver en helt personlig indsigt i personlige kommunikative styrker og svagheder. Dette beror bl.a. på muligheden for under supervision at gennemse videooptagelser af den enkelte konsultation, men indsigten opstår også ved den personlige feedback, som studenten får af patienten, efter de har haft deres møde i den simulerede virkelighed. Senere møder studenten igen egne videooptagede konsultationer (ved eksamen i almen medicin), men denne gang tales der ikke med patienten om, hvordan lægen virkede på ham/hende under deres fælles møde.

Denne tendens fortsætter gennem resten af livet som læge, idet der er tradition for supervision af hinanden [3], mens ingen læger efterspørger den enkelte patients subjektive oplevelse af dem, når de varetager deres arbejde som læge. Måske går vi derved glip af en vigtig mulighed for at blive bedre læger. Ikke fordi vi skal leve op til den enkelte patients luner og ønsker, men fordi den enkelte patients subjektive vurdering kunne give os en værdifuld mulighed for at vurdere vores eget personlige »produkt« set fra kundesiden.

Stuegangen på en medicinsk afdeling er en kerneydelse og en indlæringssituation, der for en uddannelseslæge på ethvert trin af uddannelsen rummer mulighed for at opøve mindst tre af de syv lægeroller. For ældre kolleger er stuegangen en mulighed for at holde kompetencerne inden for den enkelte rolle ajour eller arbejde på at blive endnu dygtigere.

Kan patienters opfattelse af en enkelt stuegang bruges til vurdering af en læges mestring af de lægeroller, der finder anvendelse?

For at afklare, om patienter kunne give korte, brugbare svar på dette spørgsmål, og for at finde ud af, hvilke roller der finder anvendelse ved en stuegang, gennemførte jeg en struktureret interviewundersøgelse med den medicinske stuegang som fokus.

I denne artikel afrapporteres dette pilotstudie, der vil blive fulgt op af en undersøgelse af de uddannelsesmæssige muligheder i patientvurdering af lægeroller.

Formål

Studiet havde til formål: 1) at undersøge patienters opfattelse af stuegangen på en medicinsk afdeling. Patienterne vurderede den enkelte læge i forhold til lægerollerne: lægen som kommunikator, lægen som medicinsk ekspert og lægen som sundhedsfremmer. Kompetencerne inden for disse tre lægeroller blev anset for at være de bærende elementer i en vellykket stuegang, 2) at undersøge hvilke kompetencer patienterne oplevede brugt i en almindelig stuegang og 3) at undersøge om patienternes opfattelse af den senest oplevede stuegang ville kunne bruges som en kompetencevurdering for den enkelte læge og for afdelingen som helhed.

Metode

Der blev brugt individuelle, strukturerede interview med anvendelse af interviewguide (**Tabel 1**). Spørgsmålene, der var formuleret ud fra en pragmatisk vurdering af kerneelementer i de tre roller, var udarbejdet af forfatteren, der også gennemførte alle interviewene. Guiden indeholdt tolv spørgsmål, fire for hver kompetence. Svarmulighederne var: ja/nej. Spørgsmålenes fokus var den senest oplevede stuegang. Alle patienterne blev interviewet på deres stue 1-2 timer efter formiddagsstuegang. Sidst i interviewet havde patienterne mulighed for at kommentere alle de oplevede stuegange på afdelingen. Det maksimale antal kommentarer var fire. Følgende data blev registreret: køn, alder og patientens angivelse af: 1) årsag til indlæggelse, 2) indlæggelsesvarighed og 3) hvilken kategori lægen, der havde gået den senest udførte stuegang, tilhørte. Alle data var patientrapporterede. Årsagen til indlæggelsen blev af undersøgeren opdelt i livstruende og ikkelivstruende lidelser.

Undersøgeren oplevede ikke forståelsesmæssige problemer med de stillede spørgsmål.

Enkelte patienter spurgte til betydningen af ordet meningsfuld (spørgsmål K4). En stuegang blev defineret som ikkemeningsfuld, hvis patienten følte, at det havde været ligegyldigt, om den var blevet gennemført eller ej.

Afdelingsledelsen gav tilladelse til undersøgelsen, der blev gennemført uden at informere patienter eller læger på forhånd.

Materiale

Alle patienter var indlagt på en medicinsk afdeling. Der deltog patienter fra onkologiske, endokrinologiske og hæmatolo-

giske afsnit. Der blev indsamlet data på to datoer: den 23. september 2003 (n = 20 patienter) og den 30. september 2003 (n = ti patienter). Inklusionskriterier: Alder 50-100 år, cerebralt klar, til stede på stuen, når undersøgeren kom forbi, ikke sovende eller spisende og ikke i gang med personlig pleje, ingen professionelle eller pårørende til stede på stuen.

Atten kvinder og tolv mænd deltog i undersøgelsen. Gennemsnitsalder: 77 år (50-95 år), median 69 år. Indlæggelsesvarighed: gennemsnit seks dage (2-63 dage), median syv dage. Seksten patienter havde været indlagt under syv dage, otte patienter havde været indlagt i 8-14 dage, og seks patienter havde været indlagt i mere end 14 dage. Halvdelen var indlagt med livstruende lidelser.

Data blev behandlet i Excel.

Resultater

75% af stuegangene blev gået af speciallæger. Patienternes svar på de enkelte spørgsmål kan sammenfattende beskrives som følgende (de enkelte procentsvar er anført i Figur 1): Rollerne som kommunikator og medicinsk ekspert blev løst tilfredsstillende, men der var 20% af patienterne, der ikke havde fået plads til at stille eller få besvaret spørgsmål. Ved næsten halvdelen (44%) af stuegangene blev patienterne ikke informeret om den videre plan for indlæggelsen og blev ikke undersøgt fysisk. 17% af patienterne følte, at lægen ikke kendte deres sygehistorie.

Rollen som sundhedsfremmer fandt ikke anvendelse ved stuegangene. Problemstillingerne blev ikke taget ikke op, selv om eksempelvis samtale om patientens livssituation synes at være et rimeligt punkt at tage op ved hver stuegang. Patienternes frie kommentarer omkring alle oplevede stuegange blev analyseret kvalitativt. Der viste sig at være et mønster for indlæggelsesvarighed, men eksempelvis ikke for livstruende/ikkelivstruende sygdomme som grund til indlæggelse. Der var heller ikke kønsforskelle på kommentarerne. Patienterne fortalte ikke om, at der ved stuegangen havde været problemstillinger, der kunne relateres til lægerollerne, men kommenterede frekvensen (for få stuegange) og tempoet (for højt) under stuegangen.

Diskussion

Undersøgelsens resultater er gjort op på afdelingsniveau. Der er ikke givet tilbagemelding til den enkelte læge, men det er min klare opfattelse, at hvis dette var blevet gjort, ville lægen have et mere brugbart billede af sin præstation ved den stuegang, som undersøgelsen omhandler. Patientens vurdering belyser, hvilke lægeroller han/hun ikke får brugt og måske skal arbejde på at få ind i sin stuegang. Den udarbejdede interviewguide kunne her fungere som et redskab i en samtale mellem lægen og patienten efter den udførte stuegang. Punkter, der viser forskelle i opfattelsen af, hvad der blev kommunikeret i stuegangen, kan så tages op til diskussion med mulighed for lægen for at få større indsigt.

Ikke alle lægeroller finder anvendelse ved enhver stuegang. Det står dog klart, at sundhedsfremmerrollen bliver stedmoderligt behandlet. Denne rolle kan tages op af næsten alle de deltagende læger med udbytte for både dem selv og patienterne. På ledelsesniveau giver undersøgelsen et billede af et område, der ikke varetages godt nok. Patienternes vurdering bliver her en kvalitetsindikator/et kvalitetsmål.

Undersøgelsens resultater blev præsenteret for afdelingens læger og for afdelingsledelserne på en intern undervisningskonference og gav efterfølgende anledning til etablering af en ordning med fast læge til patienter, der er indlagt i over 14 dage. Det er ikke undersøgt, om afdelingens læger har ændret adfærd som følge af resultaterne.

Et af afdelingens afsnit deltog i marts 2003 i en patientspørgeskemaundersøgelse udført af Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) [4]. Spørgsmålene i DGMA's undersøgelse er samlet i kategorier, der kan siges at belyse varetagelse af lægeroller, og de er sammenlignet med denne undersøgelses resultater. I alle kategorier ligger resultaterne inden for sikkerhedsintervallerne, og i de fleste tilfælde meget tæt på den samme procentratio som DGMA fandt (sammenligningen kan rekvireres ved henvendelse til forf.). Jeg betragter derfor undersøgelsen som valid. Når undersøgelsen publiceres som uddannelseserfaring, er det fordi: 1) ikke alle patienter er spurgt (selektionsbias), 2) der er en overvægt af korte indlæggelser (kort tid mellem dataindsamlingerne) og 3) ikke alle læger på den pågældende afdeling blev vurderet (dataindsamling indhentet over to dage).

Denne undersøgelse er forholdsvis lille, men viser, at patienter kan give en kort og brugbar vurdering af vores performance i forhold til mestring af lægeroller. Vi kan bruge patienternes vurdering af vores arbejde, når vi evaluerer. Det kan et spørgeskema være et udmærket værktøj til. Tilbagemeldingen bliver personlig for den enkelte læge, og for afdelingen bliver oplysningerne afdelingsspecifikke. Det kan gøre os opmærksomme på områder, som vi forsømmer, og patienterne kan tale om det på en brugbar måde. Og så tager det ikke lang tid; jeg brugte i gennemsnit 10 min pr. patient. Planlagte opfølgende undersøgelser vil vise, om patientvurderinger er brugbare i uddannelsesmæssig sammenhæng.

Korrespondance: *Henrik Sångren*, Almen Medicinsk Forskningsenhed i Frederiksborg Amt, Hillerød Sygehus, DK-3400 Hillerød. E-mail: henl@fa.dk

Antaget: 15. april 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. Med Teach 2000;22:549-54.
2. Dansk selskab for almen medicin. Målbeskrivelse for almen medicin. www.telemed.dk /marts 2004
3. Larsen JL, Risør O, Nystrup J. Gruppe-supervision af video. Månedskr Prakt Lægegern 1997;75:163-76.
4. Den Gode Medicinske Afdeling. Resultater fra patienttilfredshedsundersøgelse, februar 2003. København: DGMA, 2003.