

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

som de ikke tidligere havde været vant til, for at have mulighed for at gå i dybden med specifikke cases og samtidig have mulighed for supervision. Vedrørende supervisionen bør man dog fastlægge klare kriterier og den nødvendige tid. Evalueringen viste, at indførelse af portefølje højnede niveauet af eksaminationen.

Sammenfattende kan indarbejdelse af en portefølje ved planlægning af uddannelsesforløb derfor være en fordel mht. dirigering af læring, men det kræver struktur, supervision og evaluering.

Korrespondance: Peter Martin Rudnicki, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus, Roskilde. E-mail: rsmar@ra.dk

Antaget: 6. april 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ* 1979;13:41-54.
2. Townsend AH, McLlvenny S, Miller CJ et al. The use of an objective structured clinical examination (OSCE) for formative and summative assessment in a general practice clinical attachment and its relationship to final medical school examination performance. *Med Educ* 2001;35:841-6.
3. Reznick RK, Smee S, Baumber JS et al. Guidelines for estimating the real cost of an objective structured clinical examination. *Acad Med* 1993;68:513-7.
4. Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM et al. AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. *Med Teach* 2001;23:535-51.
5. Supiano MA, Fantone JC, Grum C. A Web-based geriatrics portfolio to document medical students' learning outcomes. *Acad Med* 2002;77:937-8.
6. Davis MH, Friedman Ben-David M, Harden RM et al. Portfolio assessment in medical students' final examinations. *Med Teach* 2001;23:357-66.
7. Pitts J, Coles C, Thomas P. Enhancing reliability in portfolio assessment: 'shaping' the portfolio. *Med Teach* 2001;23:351-6.
8. Simmons J. Control the purpose, not the contents: coaching the creation of teaching portfolios. *Action Teacher Educ* 1996;18:71-81.
9. Driessen EW, van Tartwijk J, Vermunt JD et al. Use of portfolios in early undergraduate medical training. *Med Teacher* 2003; 25:18-23.
10. Norman GR, van der Vleuten CPM, de Graaff ED. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of validity, efficiency and acceptability. *Med Educ* 1991;25:119-26.

# Turnusuddannelsens nye mål for kompetence

## Kan de indfris af uddannelsesstederne?

Institutleder Charlotte V. Ringsted,  
cand.scient.adm. Jane Pallisgaard &  
cand.mag. Ann-Helen Henriksen

H:S Bispebjerg Hospital, H:S Postgraduate Medicinsk Institut

## Resumé

**Introduktion:** Sundhedsstyrelsen har netop udgivet en ny målbeskrivelse for turnusuddannelsen. Denne målbeskrivelse indeholder 124 mål for kompetence. Formålet med dette studie var at undersøge, i hvilken udstrækning de nuværende uddannelsessteder vurderer, at de kan opfylde de nye mål for turnusuddannelsen.

**Materiale og metoder:** Undersøgelsen er baseret på et spørgeskema, der blev udsendt til afdelinger og alment praktiserende læger i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), hvor der var turnuskandidater til oplæring. I skemaet blev der spurgt, hvilke af de 124 mål for kompetence den pågældende afdeling/praksis vurderer at kunne opfylde.

**Resultater:** Der blev modtaget i alt 51 ud af 64 (80%) svar fra uddannelsesstederne. Af de 124 mål var der i alt 57 (46%), som de nuværende uddannelsessteder vurderede at kunne opfylde med sikkerhed. Blandt de 16 mål, som hører til varetagelse af akutte tilstande, kunne kun to med sikkerhed opfyldes.

**Diskussion:** Resultatet af denne og tidligere undersøgelser understreger behovet for at diskutere hensigtsmæssigheden i at definere turnusuddannelsens mål for kompetence som en række færdigheder, der er relateret til specifikke patientkategorier, frem for

at bruge en mere holistisk definition, som åbner mulighed for at gennemføre turnusuddannelsen i mange forskellige specialer.

I flere undersøgelser inden for de seneste år har man fundet store variationer i færdighedsniveauet hos turnuskandidaterne ved påbegyndelsen og afslutningen af deres turnusuddannelse og bekymrende lave niveauer for færdigheder, der bruges i akutte situationer [1-5]. Formulering af klare mål for turnusuddannelsen og kompetencevurdering af kandidaterne har været nævnt som midler til forbedring af forholdene. I en undersøgelse udført af *Mørcke et al* i 2001 fandt man, at det kunne være vanskeligt at skabe konsensus om mål for kompetence i turnusuddannelsen [6]. Ud af 213 mål, som deres undersøgelse spurgte om, kunne der skabes konsensus om 169 (80%), defineret ved, at mindst 75% af de adspurgte var enige om et bestemt kompetenceniveau for en given færdighed. Forfatterne konkluderede, at mange uensartede uddannelsessteder medfører behov for at differentiere målene for turnusuddannelsen i henholdsvis et kernecurriculum fælles for alle turnuskandidater uanset turnussted og et tilvalgscurriculum baseret på det enkelte uddannelsessteds karakteristika [6]. Den nuværende turnusuddannelse er opbygget af seks måneders ansættelse på medicinske afdelinger, seks måneder i kirurgi eller ortopædkirurgi og seks måneder i almen praksis. Sundhedsstyrelsen har i 2003 udgivet en ny målbeskrivelse for

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

turnusuddannelsen med specificering af 124 mål for kompetence relateret til syv roller for fremtidens læge [7]. Alle 124 mål skal være opfyldt for at få turnusuddannelsen godkendt, det er således et kernecurriculum. I den nye målbeskrivelse er kun ni ud af 124 (7%) af målene overensstemmende med de mål, som *Mørcke et al* kunne betegne som kernefærdigheder [6]. Formålet med dette studie var at undersøge, i hvilken udstrækning man på de nuværende turnussteder mener at kunne opfylde de nye mål for turnusuddannelsen.

### Materiale og metoder

Undersøgelsen af, hvilke mål de nuværende uddannelsessteder kan opfylde, blev foretaget i H:S, hvor man har 42 turnusblokke. I blokkene indgår i alt 14 forskellige medicinske afdelinger og seks forskellige kirurgiske afdelinger samt 44 alment praktiserende læger, som har turnuskandidater fra H:S. Et spørgeskema indeholdende de 124 mål blev udsendt til pågældende uddannelsessteder i H:S og til de alment praktiserende læger, der havde turnuslæger i oplæring på udsendelsestidspunktet. Der blev udsendt en skriftlig rykker. Afdelingerne og de praktiserende læger blev bedt om at angive, hvilke af de 124 mål de mente, at turnuslægerne med sikkerhed vil kunne opnå og få attesteret i pågældende afdeling/praksis.

### Resultater

I alt 51 ud af 64 (80%) uddannelsessteder gav oplysninger om, hvilke mål de mente at kunne opfylde. Oplysningerne blev givet fra alle seks kirurgiske afdelinger, alle 14 medicinske afdelinger og 31 ud af 44 alment praktiserende læger. Af de 124 mål kunne 57 (46%) opfyldes med sikkerhed af en eller flere af de tre kategorier af uddannelsessteder: medicin, kirurgi og almen praksis (**Tabel 1**). Med udtrykket »med sikkerhed« menes, at alle uddannelsessteder i mindst en kategori (medicin, kirurgi, almen praksis) kunne opfylde målet. Et mål kunne opfyldes af alle tre kategorier af uddannelsessteder, nemlig »udfærdige henvisninger, epikriser, attester og recepter«, og ni mål kunne opfyldes af to kategorier af uddannelsessteder. Dette sammenfald var især gældende for medicin og kirurgi.

Specielt lav grad af forventet målopfyldelse sås inden for akut medicin, hvor kun to af de 16 mål med sikkerhed kunne opfyldes, og inden for rollerne som sundhedsfremmer, akademiker og professionel, som bl.a. omfatter »anvende evidensbaseret medicin i relation til praktisk klinisk arbejde ...«, »identificere og gøre brug af mulighed for egen personlig og faglig kompetenceudvikling«, »kontinuerligt evaluere egne evner, viden og færdigheder og erkende personlige, faglige og etiske grænser«.

Enhver medicinsk afdeling kunne opfylde 22 ud af 124 (18%) mål. Alle kirurgiske afdelinger kunne opfylde 18 ud af 124 (15%) mål. Blandt de 44 mål inden for rollen som medicinsk ekspert, som ikke med sikkerhed kunne opfyldes af en af kategorierne af uddannelsessteder, kunne 22 opfyldes af enten kirurgisk gastroenterologi eller ortopædkirurgi. Enhver almen praksis kunne opfylde 28 ud af 124 (23%) mål.

### Diskussion

Resultaterne vedrørende uddannelsesgivers mulighed for at opfylde Sundhedsstyrelsens nye mål for turnusuddannelsen viser, at kun knap halvdelen af de 124 mål med sikkerhed kan opfyldes i de nuværende turnusblokke. Resultaterne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse med 100% besvarelse fra 20 hospitalsafdelinger i H:S og 70% besvarelse fra tilhørende almen praksis. Uddannelsesstedernes besvarelse er en intuitiv angivelse af, i hvilken udstrækning de mener at kunne opfylde målene. Det er muligt, at den faktiske målopfyldelse ikke helt stemmer overens med disse svar, men det må fremtidig erfaring og evaluering af uddannelsen vise.

Ifølge målbeskrivelsen for turnus bør kombinationen af uddannelsesgivende afdelinger sikre, at turnuslægen præsenteres for et bredt udsnit af patienter og sygdomskategorier. Afdelinger med meget specialiserede funktioner kan ifølge målbeskrivelsen ikke anvendes i turnusuddannelsen. Resultaterne af denne undersøgelse indikerer, at det kan blive problematisk for de nuværende uddannelsessteder at opfylde den nye målbeskrivelse. *Mørcke et al* har vist, at det generelt kan være vanskeligt at skabe konsensus om mål for kliniske fær-

**Tabel 1.** Turnusuddannelsens nye mål for kompetence. Tabellen viser antal mål (%), som man på uddannelsesstederne mener at kunne opfylde, relateret til syv roller for fremtidens læge, og antal mål, som man på hhv. medicinske og kirurgiske afdelinger i H:S samt i almen praksis mener at kunne opfylde.

Fremtidens syv lægeroller	Målopfyldelse samlet antal (%) <sup>a</sup>	Medicin antal (%)	Kirurgi antal (%)	Almen praksis antal (%)
<i>Medicinsk ekspert</i>				
Akut medicin	2/16 (13)	1	1	–
Patientkategorier	22/40 (55)	1	1	21
Overordnede færdigheder	6/15 (40)	5	3	1
Procedurer	14/24 (58)	2	9	5
Kommunikator	6/7 (86)	6	1	–
Samarbejder	3/5 (60)	3	2	1
Leder/administrator	2/3 (67)	2	1	–
Sundhedsfremmer	0/5 (0)	–	–	–
Akademiker	1/4 (25)	1	–	–
Professionel	1/5 (20)	1	–	–
I alt	57/124 (46)	22/124 (18)	18/124 (15)	28/124 (23)

a) Der er i alt ti mål, som kan opfyldes af mere end en kategori af uddannelsessted.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

digheder i turnusuddannelsen og konkluderede, »at mange, uensartede uddannelsessteder medfører behov for at differentiere uddannelsesindholdet for turnuslæger i henholdsvis et kernecurriculum fælles for alle turnuskandidater uanset turnussted og et tilvalgscurriculum baseret på det enkelte uddannelsesstedes karakteristika« [6].

Det overordnede formål med turnusuddannelsen er, at kandidaterne bliver fortrolige med rollen som læge og får et grundlag for fremtidigt karrierevalg [7]. Det er imidlertid spørgsmålet, om den nye bekendtgørelse og målbeskrivelse for turnusuddannelsen harmonerer med dette formål. Hovedparten af de 124 mål vedrører nogle specifikke færdigheder og patientkategorier frem for rollen som læge. Hvis kompetence i turnusuddannelsen defineres som en række færdigheder i relation til specifikke patientkategorier, risikerer man at fastholde kandidaterne i rollen som medicinstuderende, og at turnusuddannelsen bliver en gentagelse af den prægraduate uddannelsesrotation i talrige forskellige klinikophold. Turnuslægen skal lære at kunne håndtere uklare problemer, tolerere usikkerhed og tage beslutning på baggrund af begrænset information [5, 8]. Dette kan kun læres gennem en arbejdsbaseret uddannelse, hvor kandidaten opøver selvstændighed i rollen som læge. Dette kan blive vanskeligt at gennemføre, hvis turnusuddannelsen opsplittes yderligere for at opfylde målene for kliniske færdigheder.

Flere forfattere har advaret mod en trivialisering af kompetencebegrebet til kun at omfatte viden og færdigheder [8-10] og har advokeret for en generel eller holistisk definition af kompetence som en handlings- og væremåde [8, 11, 12]. *Epstein et al* definerer således kompetence som »den vanemæssige og velovervejede anvendelse af kommunikation, viden, tekniske færdigheder, klinisk vurdering, følelser, værdier og refleksion i daglig praksis - til fordel for individet og det samfund, som tjenes« [8]. Specificering af mål og skitsering af kompetenceudvikling med udgangspunkt i et holistisk kompetencebegreb er eksemplificeret af *Pangaro* [13]. Han beskriver fire aspekter og trin for patientkonsultationen, som den uddannelsessøgende successivt skal lære: 1) rapportering (indhenter information fra patienten og andre kilder og noterer dette i journalen), 2) fortolkning (vurderer og fortolker den indhentede information og formulerer centrale problemstillinger), 3) organisation/planlægning (integrerer informationen og syntetiserer denne i en plan for yderligere undersøgelse og behandling) og 4) læring (afdækker områder, hvor man selv skal lære mere, eller områder, hvor man skal lære andre noget). *Pangaro* ser den medicinstuderende og senere turnuslægen udvikle sig over disse fire trin og har opstillet en model for, hvorledes denne udvikling kan vurderes pålideligt. Tilsvarende eksempler findes inden for andre aspekter af kompetence, f.eks. varetagelse af stuegangsfunktionen [14]. Anvender man et holistisk kompetencebegreb i relation til rollen som læge, bliver turnusuddannelsen uafhængig af, hvilket speciale, det foregår i, og evt. andre specialer end medicin,

kirurgi og almen medicin vil kunne bruges. Dette vil i højere grad opfylde formålet med turnusuddannelsen som udgangspunkt for karrierevalg.

Det er klart, at der kræves en kerne af viden og færdigheder, hvis lægens præstation skal være mere end, hvad lægeemand kan præstere. Den prægraduate lægeuddannelse bruges til erhvervelse af dette faglige grundlag. I denne del af lægeuddannelsen kan man uden tvivl gøre meget mere for at sikre, at de nyuddannede kandidater har de fornødne basale færdigheder og kan omsætte disse og deres viden til handling [1-3, 5]. Med den hastige udvikling i medicinsk teknologi kan man umuligt lære alt. Det er derimod vigtigt, at læger lærer til stidighed at kunne erhverve sig relevant viden og færdighed i relation til aktuel arbejdspraksis, at kunne vurdere gængs praksis og i denne sammenhæng at kunne opsøge, vurdere, lære og applicere ny teknologi. Resultatet af denne undersøgelse understreger behovet for at fokusere på disse aspekter af kompetence, og det er bekymrende, at uddannelsesstederne ikke med sikkerhed finder sig i stand til at opfylde målene for turnusuddannelsen inden for rollen som sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Resultatet af denne undersøgelse viser, at det kan blive problematisk for de nuværende uddannelsessteder at opfylde de nye mål for turnusuddannelsen. Der er behov for at diskutere hensigtsmæssigheden i at gennemføre en fælles/ensartet turnusuddannelse med en snæver definition af kompetence som en række færdigheder, der er relateret til specifikke patientkategorier. I denne diskussion bør en mere holistisk opfattelse af kompetencebegrebet overvejes og en bred gruppe af interessenter inddrages, inklusive de medicinstuderende [2]. Der bliver brug for at kvalificere såvel den præ- som den postgraduate lægeuddannelse til oplæring af kandidaterne inden for rollerne som sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Korrespondance: *Charlotte V. Ringsted*, H:S Postgraduate Medicinske Institut, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: cr01@bbh.hosp.dk

Antaget: 15. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Ringsted CV, Falck G, Trønnes H. Lægers vurdering af deres kliniske færdighedsniveau ved påbegyndelse af turnus i foråret 1998. *Ugeskr Læger* 1999;161:5793-9.
2. Ringsted C, Schroeder TV, Henriksen J et al. Medical students' experience in practical skills is far from stakeholders' expectations. *Med Teach* 2001; 23:412-6.
3. Mørcke AM, Eika B. What are the clinical skills of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. *Med Educ* 2002;36:472-8.
4. Ringsted CV, Pallisgaard J, Falck G. Lægers kliniske færdigheder efter turnusuddannelsen. *Ugeskr Læger* 2002;164:3211-5.
5. Henriksen AH, Ringsted C, Bayer M et al. Turnuslægers praksislæring. *Ugeskr Læger* 2003;165:3410-3.
6. Mørcke AM, Berit B. Praktiske kliniske færdigheder i den lægelige grunduddannelse 2 - turnusuddannelsen. *Ugeskr Læger* 2001;163:3621-5.
7. Målbeskrivelse for turnus. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
8. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
9. Coles C. Developing professional judgment. *J Cont Educ Health Prof* 2002; 22:3-10.

10. Niss M. Kompetencer og uddannelsesbeskrivelse. København: Undervisningsministeriets publ.: Uddannelse 1999;9: 21-9.
11. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002;77:361-7.
12. Harden RM, Crosby JR, Davis MH et al. Association for Medical Education in Europe (AMEE) Education guide no 14, outcome-based education, part 5: From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach* 1999;21:546-52.
13. Pangaro LN. Investing in descriptive evaluation: a vision for the future of assessment. *Med Teach* 2000;22:478-81.
14. Norgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Med Educ* 2004 (i trykken).

## Flyvefærdighedsplanen – en struktureret, accelereret introduktion

Overlæge Lisbet Isenberg Ravn &  
ledende overlæge, dr.med. Claus M. Lund

H:S Hvidovre Hospital, Anæstesiologisk Afdeling

Siden Speciallægekommissionens betænkning fra 2000 er der kommet øget fokus på postgraduat uddannelse. For specialerne beskrives mål, lærings- og evalueringsstrategier, og nye målbeskrivelser forventes implementeret fra 2004.

I maj 2001 introduceredes »Uddannelsesbog for introduktionsuddannelsen i anæstesi« [1], der var specialets første målbeskrivelse udarbejdet efter retningslinjerne i betænkningen. Uddannelsesbogen indeholder vurdering af 21 kompetencer, hvor teoretisk viden og praktiske færdigheder testes, og på Anæstesiologisk Afdeling, H:S Hvidovre Hospital, besluttede vi at anvende den som afdelingens uddannelsesprogram. I løbet af det næste år udviklede vi en detaljeret og struktureret plan for introduktionen til afdelingen og specialet for læger uden anæstesierfaring. Formålet var at sikre overensstemmelse mellem den uddannelsessøgendes og afdelingens forventninger til mål og kompetenceudvikling i introduktionsperioden samt at målrette oplæring og kompetencevurdering. I udviklingsarbejdet lå desuden udfordringen i at udvikle og implementere en læringsstrategi, der krævede stort tværfagligt engagement.

Målet for den strukturerede, accelererede introduktionsplan er, at den uddannelsessøgende efter introduktionsperioden er oplært i og besidder de kompetencer, som afdelingen finder nødvendige for selvstændigt at udføre ukomplicerede anæstesier og varetage vagtarbejde.

### Beskrivelse

Introduktionslægerne og afdelingens øvrige læger blev spurgt om, hvad en målrettet introduktion og oplæring til afdelingen og specialet skulle indeholde: Hvorledes skulle det læres, hvor hurtigt kunne det læres, og hvilke af uddannelsesbogens kompetencer skulle godkendes i løbet af introduktionen. På bag-

grund af denne behovsanalyse blev flyvefærdighedsplanen udarbejdet. Hele afdelingen blev inddraget i forbindelse med udviklingen af planen for at etablere »ejerskab«, hvilket er en vigtig faktor, når der indføres ændringer i en uddannelseskultur [2]. Læringsstrategierne er: superviseret oplæring i klinikken, selvstudier, samt teoretisk undervisning.

Planen er bygget systematisk op, således at kompleksiteten stiger i takt med erfaringen. For hver dag beskrives, hvad der skal læres, og den uddannelsessøgende instrueres i, hvilke selvstudier der er relevante. Det beskrives, hvor oplæringen skal foregå, og introduktion til forskellige afdelingsafsnit indgår i planen. Planen indeholder undervisning i udvalgte emner, introduktion til praktiske funktioner inklusive »føl-funktion«, følgevagter og godkendelse af seks kompetencekort fra uddannelsesbogen (**Tabel 1**).

Formål, mål, lærings- og evalueringsstrategi uddybes ved introduktionssamtalen. Den uddannelsessøgende forventes at være opsøgende, forberedt og tilegne sig teoretisk viden ved selvstudier. Den tæt superviserede oplæring giver mulighed for hyppig feedback og en mere uformel evaluering af progressionen. Den formelle kompetenceevaluering foregår ved godkendelse af uddannelsesbogens kompetencer. Her testes viden og færdigheder ved struktureret observation og vurdering ud fra specificerede tjeklister. Planen skal gennemføres på 22 arbejdsdage, et antal, der blev bestemt på baggrund af behovsanalysen, tidligere erfaring med oplæring, ønsket om at kombinere forskellige læringsstrategier og mulighed for at gennemføre kompetencemålinger.

Den personlige flyvefærdighedsplan blev introduceret i april 2002. Skemaplanlæggeren tilpasser flyvefærdighedsplanen til det aktuelle arbejdsskema, således at alle dage og funktioner tilgodeses. Tutor uddelegerer undervisning, supervision og kompetenceevaluering til 1. reservelæger og afdelingslæger. En måned før ansættelsen fremsendes en personlig flyvefærdighedsplan til den uddannelsessøgende læge sammen med et brev, hvori der kort redegøres for målet med planen og afdelingens forventninger i relation hertil. Alt involveret personale og involverede afsnit på afdelingen får den aktuelle