

Mål, lærings- og kompetencevurderingsmetoder på de specialespecifikke kurser

Henrik Christian Leffers & Doris Østergaard

UDVIKLINGS-ARTIKEL

Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Herlev Hospital

I 2000 udkom betænkningen »Fremtidens speciallæge« fra Speciallægekommissionen [1]. Her konkluderes det blandt andet, at der i speciallægeuddannelsen tidligere hovedsageligt var lagt vægt på lægens rolle som medicinsk ekspert, og at speciallægekompetencen i fremtiden, inspireret af den canadiske model [2], skal defineres ud fra evnen til at mestre syv lægeroller: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel. Dette betyder, at der i målbeskrivelsen indgår læringsmål for alle syv roller.

Lignende anbefalinger er set i bl.a. USA og Storbritannien, og gennem de senere år har modellen ændret medicinske pensa verden over, i takt med anerkendelsen af disse kompetencer [3].

Inddragelse af andre roller end den medicinske ekspertrolle medfører et øget behov for fokus på en vifte af lærings- og kompetencevurderingsmetoder. I betænkningen er der derfor lagt vægt på, at de videnskabelige selskaber i højere grad skal fokusere på dette i den kliniske uddannelse, herunder også i de specialespecifikke kurser.

I nyere undersøgelser er det påvist, at reformerne har haft en lille effekt i form af et øget antal undervisningsplaner, men at effekten både på den daglige kliniske uddannelse og på den generelle undervisningskultur er beskedent [4, 5].

Formålet med denne undersøgelse er på baggrund af de enkelte specialers målbeskrivelse og den heri anførte beskrivelse af de specialespecifikke kurser at undersøge, hvorvidt specialerne har inkluderet læringsmål inden for de syv lægeroller, og hvilke lærings- og kompetencevurderingsmetoder der angives anvendt på kurserne.

METODE

Målbeskrivelser for de forskellige specialer blev fundet ved søgning på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [6]. Målbeskrivelserne blev gennemgået med henblik på for de specialespecifikke kurser for hvert speciale at finde oplysninger om kursets navn og indhold samt de anvendte lærings- og kompetencevurderingsmetoder. Hvis oplysningerne ikke kunne findes i målbeskrivelsen, søgte vi information på det videnskabelige selskabs hjemmeside.

For hvert speciale vurderede vi de enkelte kursers indhold af lægerollekompetencer på baggrund af titlen på kurset og omtalen af kurset i målbeskrivelsen.

Med udgangspunkt i de foreslåede lærings- og kompetencevurderingsmetoder fra Sundhedsstyrelsens vejledning for »Specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse« [6] og Speciallægekommissionens betænkning kategoriserede vi lærings- og kompetencevurderingsmetoderne løbende under gennemlæsning af målbeskrivelserne. Metoder, der ikke passede i en kategori, blev kategoriseret for sig.

RESULTATER

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside fandt vi i alt 38 målbeskrivelser.

Adressering af de syv lægeroller

Ud fra de i målbeskrivelsen beskrevne læringsmål vurderede vi, at i alt fem (13%) af specialerne adresserede to lægeroller, 13 (34%) adresserede tre lægeroller, tre (8%) adresserede fire lægeroller, to (5%) adresserede fem lægeroller, en (3%) adresserede seks lægeroller, mens ingen specialer adresserede alle syv roller. For 12 (32%) af specialernes vedkommende vurderede vi, at de specifikke kurser udelukkende omhandlede læringsmål, der rettede sig mod den medicinske ekspertrolle. For to (5%) af specialerne kunne vi ikke finde frem til indholdet i kurserne.

Antallet af specialer, der adresserede de enkelte lægeroller var: medicinsk ekspert 38 (100%), akademiker 11 (29%), professionel 9 (24%), administrator/leder 6 (16%), kommunikator 6 (16%), sundhedsfremmer 5 (13%), samarbejder 3 (8%).

Læringsmetoder

I alle specialer var teoretisk gennemgang/forelæsning anført som en del af undervisningen. Øvrige læringsmetoder blev kategoriseret i følgende grupper: case/problembaseret læring (PBL) (opgaver), workshop/seminar, færdighedstræning/praktiske øvelser (inklusive kirurgisk teknik), simulation/rollespil, videooptagelse af konsultation, gruppearbejde/gruppediskussioner, e-læring, fremlæggelse af teoretisk viden i egen afdeling og kursistoplæg.

I 11 (29%) af specialerne angav man at anvende

mindst to læringsmetoder, i 11 (29%) angav man tre læringsmetoder, mens man i seks (16%) angav fire læringsmetoder. I de resterende syv (18%) specialer (almen medicin, anæstesiologi, endokrinologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk genetik, klinisk onkologi og psykiatri) anvendte man mindst fem læringsmetoder. For tre (8%) af specialernes vedkommende var der alene tale om teoretisk gennemgang/forelæsning.

I **Tabel 1** ses antallet af specialer, der anvender de enkelte læringsmetoder.

Kompetencevurdering

Kompetencevurderingsmetoderne blev kategoriseret i følgende grupper: godkendt kursus uden specifikation, vurdering fra kursusleder, præ- og posttest, andre test (multiple-choice-opgaver, progressionstest og lign.), obligatorisk eksamen/tentamen samt opfølgning på afdeling efter endt kursus.

Godkendt kursus uden nærmere specifikation er beskrevet for 17 (45%) af specialerne og vurdering fra kursusleder for ni (24%) af specialerne. Præ- og posttest var anførte for seks (16%) af specialerne, andre test var anført i fem (13%) af specialerne, obligatorisk eksamen/tentamen var anført i to (5%) af specialerne, og opfølgning på afdeling efter endt kursus var anført for to (5%) af specialerne. I alt 18 (47%) og tre (8%) specialer angav at anvende henholdsvis en og to kompetencevurderingsmetoder.

DISKUSSION

Ud fra den i målbeskrivelsen fundne fremstilling af de specialespecifikke kurser i den lægelige hoveduddannelse vurderes det, at der primært fokuseres på lægen i rollen som den medicinske ekspert. Således anførte man for 32% af specialernes vedkommende udeluk-



Interprofessionel kommunikation.

kende denne lægerolle. Ved gennemgangen af målbeskrivelserne fandt vi, at man i 92% af specialerne ud over teoretisk gennemgang/forelæsning anvendte mindst en anden læringsmetode. I alt 55% af specialerne angav man at foretage kompetencevurdering af kursisterne i en eller anden form.

Kommende speciallæger skal ifølge målbeskrivelserne mestre en flerhed af roller, men i en undersøgelse foretaget af *Dehn et al* [5] påviste man, at rollerne ikke som tilsigtet tillægges samme værdi af lægerne. Den medicinske ekspertrolle opleves som den mest betydende, og lægerne sætter mest fokus på denne rolle i daglig praksis. Dette afspejler sig ifølge vores fund også i de specialespecifikke kurser. Betydningen af, at læringsmål inden for de syv roller ikke opnås, er mangfoldig i det moderne samfund, hvor patienterne blandt andet er blevet mere oplyst vha. internettet, hvilket øger behovet for evner som kommunikator, og hvor tværfagligt samarbejde mellem en række sundhedsinstanser er blevet mere almindeligt, hvilket stiller krav til lægens rolle som samarbejder.

En medvirkende faktor til det manglende fokus på de »bløde« roller kan være, at man ikke i alle specialer i Danmark har formået at udforme velbeskrevne meningsfyldte mål for de nye roller og gennem uddannelse af vejledere, uddannelsesansvarlige overlæger mv. fået synliggjort vigtigheden af disse andre roller.

Teoretisk gennemgang i form af forelæsninger har gennem tiden været en grundsten i både den præ- og postgraduate uddannelse, selvom man i undersøgelser har påvist, at kun en mindre del af den



TABEL 1

Anvendelse af læringsmetoder, foruden teoretisk gennemgang og forelæsninger, i specialespecifikke kurser.

Læringsmetode	% af de 38 specialer, der har denne type undervisning
Færdighedstræning	78
Case/problembaseret læring (opgaver)	63
Gruppearbejde/diskussioner	42
Simulation/rollespil	13
E-læring	8
Videoptagelse	5
Workshop/seminar	5
Fremlæggelse på egen afdeling	3
Kurstoplastæg	3

viden, der formidles, bliver husket af tilhørerne [7]. At man i 92% af specialerne anvender mindst én læringsmetode herudover, kan da også ses som et udtryk for erkendelse af dette problem. Internationalt er der fokus på deltageraktiverende undervisningsmetoder, som f.eks. cases, PBL, gruppediskussioner mv. 40% af specialerne anvender PLB i kurserne. Effekten synes at være størst mht. de praktiske færdigheder og mindre mht. teoretisk viden [8]. Færdighedstræning og simulationsbaseret træning anvendes i henholdsvis 78% og 13% af specialerne. Færdighedstræning er påvist at være effektiv, mens viden om, hvordan simulationsbaseret træning bedst anvendes, er sparsom. En forskningsagenda for dette er udarbejdet [9].

Den optimale model for, hvilke læringsmetoder der anvendes til at understøtte det enkelte læringsmål, findes ikke. En kombination af forskellige metoder anses for at være hensigtsmæssig [5].

Testbaseret kompetencevurdering af kursister i forbindelse med kurserne blev foretaget i 15% af specialerne, mens kursuslederen i 24% af specialerne foretog en vurdering – hvilken var ikke specificeret. I nogle specialer anvendte man formative metoder, som har den fordel, at kursisten bliver opmærksom på sit eget kompetenceniveau, får feedback og kan arbejde videre med kompetenceudvikling efter kurset i hverdagen [10]. I andre specialer anvendte man summative metoder i form af f.eks. obligatorisk eksamen/tentamen. Man kan spekulere over, hvorfor specialerne i så ringe grad har indført kompetencevurdering på kurserne. Forklaringen kunne være, at der foretages kompetencevurdering i klinikken, eller at udvikling og validering af metoder og uddannelse af bedømmere er resursekrævende.

I den generelle anbefaling fra Speciallægekommissionen blev der foreslået etablering af en klinisk/pædagogisk udviklende funktion med postgraduate kliniske lektorer og professorer for at muliggøre implementeringen af de nye lægeroller. Denne funktion kunne antagelig også anvendes i forbindelse med de specialespecifikke kurser. På den måde ville vigtigheden af de forskellige lægeroller kunne blive synliggjort, og nye kompetencevurderingsmetoder kunne blive udviklet. I betænkningen blev det endvidere anbefalet, at lægerne skulle have adgang til færdighedslaboratorier, herunder simulationsbaseret træning. Et samarbejde mellem sådanne centre og kursusledere ville kunne medvirke til anvendelse af en bredere vifte af læringsmetoder og muliggøre vurdering af medicinskfaglige færdigheder herunder også kommunikation, ledelse, samarbejde og beslutningstagen.

Den væsentligste begrænsning ved denne undersøgelse er, at vores data er baseret på specialernes

målbeskrivelse og den beskrivelse af kurserne, som vi fandt der. Specialerne kan have ændret såvel indhold som lærings- og kompetencevurderingsmetoder, siden målbeskrivelsen blev udformet.

Vore fund indikerer, at man i specialerne i meget varierende grad har implementeret Speciallægekommissionens anbefalinger vedrørende læringsmål inden for de syv lægeroller og anvendelse af forskellige lærings- og kompetencevurderingsmetoder i de specialespecifikke kurser.

KORRESPONDANCE: Henrik Christian Leffers, Brohusgade 12 A, 2. th., 2200 København N. E-mail: hsk967@alumni.ku.dk

ANTAGET: 3. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 27. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
2. RCPSC general standards of accreditation. Royal College of Physicians and Surgeons in Canada. www.rcpsc.medical.org. Revised 2009.
3. van der Lee N, Westerman M, Fokkema JP et al. The curriculum for the doctor of the future: messages from the clinician's perspective. *Med Teach* 2011;33:555-61.
4. Mortensen L, Malling B, Ringsted C et al. What is the impact of a national postgraduate medical specialist education reform on the daily clinical training 3.5 years after implementation? *BMC Med Educ* 2010;10:46.
5. Dehn P, Nielsen CH, Larsen K et al. Implementering af speciallægereformens syv roller. *Ugeskr Læger* 2009;171:1580-4.
6. www.sst.dk (1. mar 2011).
7. Long A, Lock B. Lectures and large groups. I Swanwick T, red. *Understanding medical education*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010, kap 10.
8. Gijbels D, Dochy F, Bossche Pvd et al. Effects of problem-based learning from the angle of assesment. *Rev Educ Res* 2011;75:27-61.
9. Issenberg SB, Ringsted C, Østergaard D et al. Setting a research agenda for simulation-based healthcare education: a synthesis of the outcome from an Utstein style meeting. *Simul Health* 2011;6:155-67.
10. Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J et al. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357:945-9.