

Vejlederes holdninger til kompetencevurdering af turnuslæger

Specialkonsulent Ann-Helen Henriksen & professor Charlotte Ringsted

RESUME

INTRODUKTION: I ønsket om at forbedre den postgraduate lægeuddannelse er kompetencevurdering introduceret. Kompetencevurdering er et nyt fænomen i dansk kontekst. Formålet med studiet er at undersøge vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering af turnuslæger set i relation til brug af en logbog.

MATERIALE OG METODER: Der gennemførtes semistrukturerede interview med 13 kliniske vejledere. De blev udvalgt med det formål at få repræsentanter fra internmedicin, kirurgi og almenmedicin. Interviewene blev optaget og udskrevet. Data blev analyseret via kodningsprogrammet Ethnograph, version 5.0.

RESULTATER: Logbogen betragtes og bruges som en tjekliste. Den altdominerende kompetencevurderingsmetode er indirekte vurdering frem for direkte struktureret observation. Vurderingen baseres primært på et generelt indtryk, som snarere handler om professionalismisme end om de 124 kompetencemål fra logbogen.

KONKLUSION: Dette studie viser en historisk og kulturelt forankret forståelse af uddannelse hos vejlederne, som kan relateres til traditioner for mesterlære. Når man introducerer begreber som kompetencevurdering, er det essentielt at sikre forståelsen af disse. Kvalificering af vejlederne via kurser kan være et skridt på vejen, men man må være opmærksom på, at ændring af historisk og kulturelt forankrede forståelser er en længerevarende proces.

I Speciallægekommissionens Betænkning nr. 1384 fra maj 2000 lød en af anbefalingerne, »at der fremover foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger, og at denne har karakter af fortløbende og konsekvenshavende formativ evaluering« [1]. Dette kunne tolkes i to retninger. Den ene med vægt på formativ evaluering – dvs. med et læringsperspektiv og den anden med vægt på det konsekvenshavende, som kendetegner summativ evaluering.

I november 2003 kom en ny målbeskrivelse med 124 mål for turnusuddannelsen, og det blev angivet, »at kompetencevurdering foretages kontinuerligt gennem hele turnusforløbet« [2]. Rammen for, hvorledes den samlede vurdering skulle foregå, blev fastlagt af de enkelte amter. Det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) valgte at fokusere på det summative aspekt, og kompetencevurdering blev obligatorisk. H:S og Københavns Amt udviklede i sam-

arbejde en logbog, hvor målene blev fordelt på kirurgiske, internmedicinske og almenmedicinske ophold. Flere mål blev tematisk sammenlagt i kompetencekort.

Den logbog, der blev udviklet for turnus, har fokus på konsekvensperspektivet snarere end læringsperspektivet. Det er en logbog for underskrifter, som skal dokumentere opnåede mål for kompetence.

Konsekvenshavende klinisk kompetencevurdering i den postgraduate lægeuddannelse har været anvendt i længere tid i udlandet [3].

Internationalt bruges begrebet logbøger typisk om redskaber til registrering af erfaringer. Fokus er primært på læringsperspektivet samt ønsket om at optimere dialogen mellem den uddannelsessøgende og dennes vejleder [4-6]. Disse erfaringsregistreringer anses dog ikke for egnede til egentlig kompetencevurdering [7]. Da kompetencevurderingsbegrebet som konsekvens var nyt i dansk kontekst, ønskede vi at undersøge følgende: Hvad er vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering set i relation til brugen af logbogen?

MATERIALE OG METODER

Til indsamling af informationer valgte vi den kvalitative metode semistrukturerede interview, som er velegnet, når man ønsker at kunne gå i dybden med spørgsmål samt undersøge holdninger nærmere. For at opnå det bredest mulige datagrundlag, valgte vi at rekruttere vejledere, så der var repræsentanter fra alle hospitaler i det tidligere H:S, kirurgiske-, internmedicinske- og almenmedicinske specialer samt både mænd og kvinder. Hospitalsvejlerne blev udvalgt via kontakt til de uddannelsesansvarlige overlæger på de respektive afdelinger. Almenpraktiserende vejledere blev tilfældigt udvalgt fra en liste og kontaktet direkte. Rekrutteringsmetoden var et pragmatisk valg ud fra, hvad der var praktisk muligt.

Interviewene tog ca. 30 minutter og var struktureret via en spørgeguide omkring tre hovedspørgsmål:

1. Hvordan bliver logbogen brugt i klinikken?
2. Hvad er holdningen til brug af logbogen?

ORIGINALARTIKEL

Rigshospitalet, Center for Klinisk Uddannelse



Modelfoto af vejleder-
møde.

3. Hvad er den generelle holdning til kompetencevurdering af turnuslæger?

Interviewene blev transskriberet i anonymiseret form og overført til det elektroniske kodningsprogram Et-nograph, version 5.0, for nærmere analyse. For at generere overordnede generelle temaer, blev der lavet en indholdsanalyse ud fra tre strategier [8].

1. Meningskondensering: Begge forfattere læste interviewene igennem for at udvikle en kodebog. Den færdige kodebog bestod af i alt 42 koder i et familietræ med tre niveauer.
2. Meningskategorisering: Førstefortæller kodede alt datamaterialet. Interviewene blev udskrevet og læst af begge forfattere, som i en konsensusproces tog stilling til kodningen.
3. Meningsfortolkning. Enhederne af de kodede data blev i fællesskab relateret til hinanden, og der blev udledt overordnede generelle temaer.

RESULTATER

Ti hospitalsvejledere og tre vejledere fra almen praksis blev interviewet. Alle kontaktede hospitalsvejledere indvilgede i at deltage, mens to ud af fem kontaktede vejledere fra almen praksis afslog med begrundelsen manglende tid. Om end der var visse variationer i udsagnene fra de forskellige vejledere, opnåedes der hurtigt mætning vedrørende de generelle opfattelser af brug af logbogen og holdning til kompetencevurdering.

Af analysen kunne udledes fire overordnede generelle temaer i forhold til vejledernes opfattelse af og holdning til kompetencevurdering set i relation til brugen af logbogen:

1) Indirekte vurdering af kompetence, 2) Afkrydsning af klinisk erfaring, 3) Tillid til turnuslægernes selv-vurdering samt tilbagemeldinger fra organisationen og 4) Holistisk indtryk af turnuslægers professionelle formåen. Citaterne er udvalgt repræsentativt for de enkelte temaer. Tallet i parentes henviser til interviewpersonen.

1. Indirekte vurdering af kompetence

Udsagn om den faktiske brug af logbogen viser, at indirekte vurdering af turnuslægernes kliniske erfaringer er den altdominerende kompetencevurderingsmetode frem for direkte struktureret observation.

»Hvis jeg kan læse i deres patientjournaler, at de har lavet en eller anden praktisk procedure, betragter jeg det som dokumentation« (7).

»Det er et eller andet generelt indtryk af turnuslægers arbejde – ud fra hvad de siger på konferencer, eller når man tilfældigt hører dem tale med patienter – men det er ikke en struktureret observation« (3).

»Altså jeg beder dem om at finde den seniøre læge, som har gennemgået deres journal, og så få vedkommende til at underskrive« (5).

2. Afkrydsning af klinisk erfaring

Logbogen betragtes som en tjekliste for opnået erfaring med procedurer og patientkategorier frem for en dokumentation af vurderet kompetence.

»Vi bruger logbogen som en tjekliste« (8).

»Vi bruger den til møderne, hvor vi krydser af: det er nået, det er nået, og det er nået« (1).

»Jeg bruger den på introduktionsmødet, midtvejsmødet og evalueringsmødet. På introduktionsmødet fortæller jeg, hvad der forventes af dem, på midtvejsmødet går vi listen igennem, og jeg begynder at underskrive målene« (6).

3. Tillid til turnuslægernes selv-vurdering samt tilbagemeldinger fra organisationen

Der er stor tillid til turnuslægernes selvevaluering og til organisationens tilbagemeldinger. Man stoler på, at turnuslægerne er i stand til at vurdere deres egen kunnen.

»Vi har ikke observeret ret meget af det, så vi stoler på det, de fortæller os, og på deres noter i journalerne« (11).

»Vi har naturligvis ikke observeret alt, hvad de har lavet.

I nogle tilfælde stoler jeg på dem, hvis de siger »det kan jeg godt«, uden jeg er i stand til at dokumentere det« (1).

»Jeg bliver nødt til at stole på ham, selv om jeg ikke har observeret det« (13).

»Jeg ved jo mere eller mindre hvilke type patient-

ter, de har set, og så spørger jeg, om de føler sig kompetente – jeg tror, de er ret fornuftige, de kan godt vurdere sig selv« (12).

Der er tillid til, at inkompetente turnuslæger bliver opdaget, når en ældre læge tilser patienten efterfølgende, samt at det uformelle informationssystem i organisationen vil afsløre problemer.

»Vi tilser altid patienten efterfølgende, og på den måde ved vi, om turnuslægen er i stand til at lave passende planer. Vi får et generelt indtryk med eller uden en logbog« (10).

»Man får altid mere information [om turnuslægen], hvis det er dårligt nyt end godt nyt – det er sådan, det fungerer« (6).

»Der vil altid være rygter, som på enhver anden arbejdsplads. Så du har altid en fornemmelse af hvem, der er kompetent, og hvem der ikke er« (9).

4. Holistisk indtryk af turnuslægens professionelle formåen

Vejlederne giver udtryk for, at deres vurdering af turnuslæger primært er baseret på et generelt holistisk indtryk.

»Jeg vurderer på baggrund af mit generelle indtryk, og det er det, jeg baserer min underskrift på . . . det er et generelt billede du får, som også afspejler, hvad de ansatte fortæller om den enkelte person« (8).

»Kompetencevurdering er det modefænomen i øjeblikket, som skal løse alle vores problemer. Men det er skalkeskjul – for det, vi i virkeligheden vurderer, er ikke det, vi bliver bedt om – man vurderer ikke folk på den måde i den virkelige verden – det er mere et generelt indtryk« (4).

»Når de har været her i det halve år, så spørger du dig selv, har de indfriet forventningerne?, og så tilpasser du det til målene« (12).

Der stilles spørgsmålstegn ved kompetencevurdering via struktureret observation og ved indholdet af logbogen.

»Altså . . . 124 mål er alt for mange, og en del af dem har de allerede haft på universitetet. De skal i stedet lære at blive læge – at fungere i et team og i en hospitalsorganisation og lære at prioritere« (5).

»Det, som skal vurderes, er, om de slipper rollen som studerende og påtager sig ansvar over for patienter og kollegaer« (2).

»De skal have hår på brystet – det, en turnuslæge skal lære, er at være i stand til og have mod til at tage beslutninger – både medicinske og etiske . . . og nogle gange at beslutte ingenting at gøre, hvilket er den sværeste beslutning overhovedet« (9).

DISKUSSION

Dette studie baserer sig på vejledernes beretninger om den konkrete brug af en logbog for turnusud-

dannelsen samt deres holdninger til kompetencevurdering af turnuslæger. Det var vores indtryk, at alle vejledere var meget villige til åbent at fortælle om brugen af logbogen. Personlige holdninger blev givet spontant. Trods variationer i udsagnene fra vejlederne har alle bidraget til det overordnede billede, den begrebsmæssige generalisering, som var formålet med dette studie.

Dette studie viser overordnet, at logbogen primært bliver betragtet og brugt som en tjekliste til registrering af klinisk erfaring. Underskrifter i logbogen foretages oftest ved de tre formelle vejledersamtaler. Vurdering af turnuslæger baseres sjældent på direkte observation af turnuslægens præstationer i forhold til definerede kompetencemål. Der er i stedet tale om en generel og indirekte vurdering, der bl.a. baserer sig på kilder som f.eks. turnuslægens patientjournaler, turnuslægens udsagn samt selvsvurdering eller uformelle tilbagemeldinger fra kollegaer. Udsagn vedrørende det generelle indtryk fokuserer i højere grad på temaer, som omhandler professionalismisme end på de 124 kompetencemål fra logbogen. Overordnet set handler vejledernes udsagn om overgangen fra at være studerende til det at blive læge. En mulig forklaring kan være manglende erfaring med formel kompetencevurdering eller eksamination i den postgraduate videreuddannelse for læger. Samtidig er tjeklister kendt og brugt gennem mange år, specielt i de kirurgiske specialer, og denne tradition påvirker formentlig holdningen til og brugen af logbogen.

Dette studie viser vanskeligheden ved at introducere målstyret kompetencevurdering i en traditionel arbejdsbaseret uddannelse. Resultaterne afslører over en bred kam en forståelse af uddannelse, som ligger tæt op ad sociale teorier om arbejdsbaseret læring [9]. Heri ligger måske nogle af forklaringerne på vanskelighederne med at introducere formel kompetencevurdering.

Arbejdsbaseret uddannelse bliver af sociale læringsteoretikere karakteriseret som en proces af tiltagende deltagelse i arbejdsfællesskaber, hvor det essentielle for læring og professionel udvikling er adgang til og deltagelse i arbejdsaktiviteter [10]. Vores studie viser, at vejlederne i vid udstrækning fokuserer på »deltagelse i arbejdsmæssige aktiviteter«, når de gennemgår logbogen med turnuslægen ved de formelle vejledermøder. Ud fra et kompetencevurderingssynspunkt er adgang til arbejdsmæssige aktiviteter imidlertid ikke tilstrækkeligt i sig selv, idet man i dette perspektiv snarere fokuserer på vurdering af kvaliteten i præstationer ud fra definerede kompetencemål [11].

Vejledernes kritik af logbogens opstillede kompetencemål kan ligeledes relateres til sociale lærings-

teorier om arbejdsbaseret uddannelse. Det ses i vejledernes opfattelse af professionel udvikling af turnuslæger som værende karakteriseret ved en stigende social integrationsproces [12]. Det ses også i udsagn om vigtigheden af at vurdere, hvordan den enkelte turnuslæge håndterer overgangen fra det at være studerende til det at blive læge. Her fokuseres på identitetsudvikling [13, 14] og ikke på specifikt definerede kompetencemål. Ud fra denne tankegang kan opstillingen af kompetencemål og kompetencevurdering virke reduktionistisk og eventuelt meningsløst [15, 16].

Endelig kan måden at anvende logbogen på samt tilliden til dels turnuslægens egne udsagn og selvvurdering, dels tilbagemeldinger fra organisationen, ansues som en praktisk nødvendighed for vejlederne. Det er muligt, at vejlederne føler, at der på grund af produktionspresset ikke er tid til direkte observation af turnuslægerne. Det kan synes umiddelbart uproblematisk at stole på udsagn om mængde og type af aktivitet. Ikke desto mindre stoler nogle vejledere også på turnuslægernes selvvurdering af kvaliteten af deres præstationer. Problemet med dette er imidlertid, at vurdering af egen kompetence er meget upræcis, specielt ved inkompetence [17, 18].

Dette studie viser en historisk og kulturelt forankret forståelse af uddannelse hos vejlederne, som kan relateres til traditioner for mesterlære. Når man introducerer nye uddannelsesbegreber som f.eks. kompetencevurdering, er det essentielt at sikre forståelsen af disse. Kvalificering af vejledere via kurser kan være et skridt på vejen, men man må være opmærksom på, at ændring af historisk og kulturelt forankrede forståelser er en længerevarende proces.

KORRESPONDANCE: Ann-Helen Henriksen, Center for Klinisk Uddannelse, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: ann-helen.henriksen@rh.regionh.dk

ANTAGET: 14. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Fremtidens speciallæge, betænkning fra speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384, København: Sundhedsministeriet, 2000:32.
2. Målbekrivelse for turnus. København: Sundhedsstyrelsen, 2003:4.
3. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356:387-96.
4. Paice E, Moos F, West G et al. Association of use of a log book and experience as a preregistration house officer: interview survey. *BMJ* 1997;314:213-5
5. Kelly DR & Murry TS. The development and evaluation of a personal log for Senior House Officers. *Med Educ* 1999;33:260-6.
6. Daelmans HEM, Hoogenboom RJJ, Scherpbier AJJA, et al. Effects on an in-training assessment programme on supervision of and feedback on competences in undergraduate internal medicine clerkship. *Med Teach* 2005;27:158-63.
7. Shumway JM & Harden RM. AMEE guide No. 25: The assessment of learning outcome for the competent and reflective physician. *Med Teach* 2003;25:569-84.
8. Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Rietzels Forlag, 1994.
9. Nielsen K og Kvale N (red). Mesterlære – Læring som social praksis. København: Hans Rietzels Forlag, 1999.
10. Lave J og Wenger E. Situated Learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
11. Long DM. Competency-based residency training: The next advance in graduate medical education. *Acad Med* 2000;75:1178-83.
12. Akre V, Ludvigsen SR. Learning medical practice. *J Nord Educ Res*, 1997;17:152-9.
13. Illeris K. Learning in working life. Roskilde: Roskilde University Press, 2006.
14. Bleakly A. Pre-registration house officers and ward-based learning: a "new apprenticeship" model. *Med Educ* 2002;36:9-15.
15. Swanwick T. Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Med Educ* 2005;39:859-65.
16. Huddle TS and Heudebert GR. Taking apart the art: The risk of anatomizing clinical competence. *Acad Med* 2007;82:1-6.
17. Regehr G and Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Clin Ort Res* 2006;449:34-8.
18. Dunning D, Johnson K, Ehrlinger et al. Why people fail to recognise their own incompetence. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12:83-7.