

# Kompetenceevaluering af speciallæger

## Den kontinuerlige professionelle udvikling

Centerleder Charlotte V. Ringsted,  
specialkonsulent Anne Mette Weng Ellyton & overlæge Kim Garde

Rigshospitalet, Center for Klinisk Uddannelse

Denne statusartikel fokuserer på den kontinuerlige kompetenceevaluering af speciallæger (afdelingslæger og overlæger) i hospitalsvæsenet. Baggrunden for artiklen er et generelt ønske fra forskellige interessenter om at have et redskab til kontinuerligt at kunne vurdere speciallæger og et konkret krav i henhold til Joint Commission Internationals akkrediteringsstandarder for hospitaler. Derudover peger resultaterne af flere studier på behovet for kontinuerlig evaluering af speciallægers kompetence. *Choudry et al* konkluderer i deres *review*, at erfaring målt ved antal år som speciallæge desværre ikke kan bruges til forudsigelse af kvalitet i praksis, i mange tilfælde tværtimod [1]. *Norman et al* gennemgår vanskeligheder ved at overlade det til en selv at vurdere behovet for at lære nyt [2], og *Grimshaw et al* belyser nogle af de problemer, der er med implementering af evidensbaseret medicin og kliniske retningslinjer [3].

Udfordringen ved iværksættelse af kompetenceevaluering af speciallæger er at definere, hvad der skal vurderes, hvordan og af hvem. Formålet med denne artikel er at perspektivere disse spørgsmål i relation til nogle af de nyere tendenser på området.

### Hvad skal vurderes?

Det er indlysende, at man først og fremmest ønsker at vurdere den lægefaglige ekspertise. I de senere år er man imidlertid blevet mere opmærksom på betydningen af andre aspekter af kompetence også. Ved speciallægeuddannelsesreformen af 2001 valgte man det canadiske koncept til at sætte fokus på et

bredt spektrum af kompetence, som kategoriseres i relation til syv roller for fremtidens speciallæge: 1) lægefaglig ekspertise, 2) kommunikation, 3) sundhedsfremme, 4) samarbejde, 5) organisation/ledelse, 6) akademiske aspekter og 7) professionalismisme. Tilsvarende koncept anvendes ved bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger. Det er derfor nærliggende at vælge denne struktur for den kontinuerlige kompetenceevaluering af speciallæger. De syv roller skal ses som en konceptuel ramme for kompetence vel vidende, at aspekter af de enkelte roller i vid udstrækning er integrerede og vel vidende, at ikke alle aspekter vil have lige stor gyldighed for de forskellige specialer eller de enkelte speciallæger [4].

Uanset hvilken ramme man bruger, bliver man nødt til at sætte begrebet kompetence i relation til udviklingstrin i den professionelle karriere. I de formelle uddannelser såsom den præ- og postgraduate lægeuddannelse har man fokus på den enkelte uddannelsessøgende og dennes erhvervelse af kompetence. Man tester den enkelte op imod et veldefineret curriculum og vedtagne standarder for kompetence forstået som viden og færdigheder [5]. Men denne traditionelle opfattelse af uddannelse og kompetencevurdering kan ikke umiddelbart overføres til vurdering af færdiguddannede speciallæger. Nogle væsensforskelle på kompetencevurdering i den formelle præ- og postgraduate lægeuddannelse sammenlignet med vurdering af speciallægers kontinuerlige professionelle udvikling er skitseret i **Tabel 1** og uddybet i det følgende.

For det første er der ikke et veldefineret curriculum for den kontinuerlige professionelle udvikling af speciallæger [6]. Tværtimod er den kompetence, som efterspørges hos speciallægen, evnen til at tilpasse sig og skabe forandring, opsøge og generere ny viden og teknologi samt kontinuerligt udvikle kvaliteten af praksis [5].

For det andet forventes speciallægen at engagere sig i komplekse og uforudsigelige opgaver, hvor kompetence ikke er at gøre, hvad der er »rigtigt«, men derimod at gøre det, som er »bedst« i den givne situation under de givne omstændigheder. Speciallægerne vil ud over rutineopgaver også tage sig af de komplicerede og sjældne tilfælde, hvor man dels ikke har veldefinerede mål for god praksis, dels vil have vanskeligheder med at samle et tilstrækkeligt antal cases til at foretage en pålidelig vurdering [7].

For det tredje arbejder speciallæger sjældent alene, men derimod i team og systemer [8]. Det er derfor vanskeligt at isolere den enkeltes præstation i relation til resultatet. Set i dette lys får speciallægens roller som samarbejder og organisator/leder særlig relevans i kompetenceevalueringssammenhænge.

### Faktaboks

Fra flere sider stilles der nu krav om kompetenceevaluering af speciallæger

Kompetencevurderingsprincipper fra formel præ- og postgraduate lægeuddannelse kan ikke umiddelbart overføres til den kontinuerlige evaluering af speciallæger

Der er brug for udvikling af et koncept, som er meningsfuldt i relation til speciallægers funktion i team og systemer, og som har værdi for udvikling af kvaliteten i arbejdet

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

**Tabel 1.** Væsenforskel på kompetencevurdering i den formelle præ- og postgraduate lægeuddannelse sammenlignet med vurdering af speciallægers kontinuerlige professionelle udvikling.

Præ- og postgraduat lægeuddannelse	Den kontinuerlige professionelle udvikling
<i>Formål</i> Summativ vurdering med retrospektivt fokus – afgørelse om bestået/ikkebestået	Formativ vurdering med prospektivt fokus – udvikling af kvaliteten i arbejdet
<i>Indhold</i> Veldefineret, stationært indhold	Fleksibelt indhold i relation til speciallægens funktion og udvikling over tid
<i>Standard</i> Veldefineret, ensartet standard for kompetence, som gælder for alle	Standard ikke defineret, men afhængig af funktion og udvikling over tid
<i>Metoder</i> Forudbestemte, specifikke metoder til vurdering, som bruges til vurdering af alle	Individuelle valg af proces- og resultatindikatorer for kvalitet af arbejdet
<i>Vurderingsgenstand</i> Fokus på den enkeltes præstation	Fokus på funktionen og kvaliteten i arbejdet med teamet og systemet
<i>Eksaminator</i> »Eksaminator« er eksperten	Eksperten er sin egen »eksaminator« og indsamler dokumentation. Lederen fungerer som coach

Sammenfattende må man erkende, at der ikke findes en »facitliste« for speciallægers præstationer, idet en lang række faktorer såsom patientkarakteristika, organisationen omkring patientvaretagelsen samt de tilgængelige resurser og supportfunktioner har betydning for resultaterne.

#### Hvordan skal man vurdere kompetence?

I speciallægeuddannelserne har man efterhånden nogen erfaring med klinisk kompetencevurdering af yngre læger [9]. Sammenfattende må det konkluderes, at de metoder, der anvendes, skal skræddersys til de enkelte specialer og uddannelsesstrin. F.eks. er struktureret observation med brug af tjekliste velegnet til vurdering af de yngste lægers udførelse af procedurer, men knap så velegnet på højere uddannelsesstrin og til vurdering af håndtering af komplekse situationer. Der er foreslået et væld af metoder til kompetencevurdering i klinisk praksis [6]. Men typisk retter disse sig mod punktvis vurdering og bruges ofte som en slags kørekort eller certifikat til at få lov til at udføre en bestemt praksis, det være sig procedurer eller håndtering af specifikke situationer og patientproblemstillinger. De instrumenter og metoder, der kendes fra speciallægeuddannelserne er i mange tilfælde knap så velegnede til kontinuerlig vurdering af kvaliteten i speciallægers arbejde [7]. Ukritisk overføring af metoderne til den kontinuerlige kompetenceevaluering vil let føre til meningsløs indsamling af data, og det vil uvægerligt møde modstand blandt brugerne.

#### Hvem skal vurdere speciallægers kompetence?

I de formelle uddannelser, den præ- og postgraduate lægeuddannelse, er det som regel en »ekspert«, som vurderer den uddannelsessøgende. Det synes umiddelbart at være logisk. Men når man skal vurdere speciallæger, er det i virkeligheden den, som er genstand for vurderingen, som er »ekspert«.

I den medicinske og akademiske verden har man i nogen udstrækning tradition for, at »eksperterne« vurderer hinanden. Dette kendes f.eks. fra bedømmelsesudvalg til overlægestillinger eller *peer-review* af videnskabelige arbejder. Men spørgsmålet er, hvem der skal bedømme en speciallæge i det kontinuerlige professionelle virke, hvor man typisk har en unik ekspertfunktion på en afdeling. En mulighed er, at man overgiver ansvaret for dokumentation af kompetence til den, der skal vurderes og lader det være op til den enkelte speciallæge at redegøre for, hvorfor og hvordan den indsamlede dokumentation afspejler kompetence og kvalitet i den pågældendes praksis. Denne redegørelse vil typisk skulle gives over for en leder.

**Tabel 2.** De seks generelle kompetencer, som kræves af speciallæger i USA, beskrevet af Accreditation Council of Graduate Medical Education (ACGME).

- 1. Patientbehandling**, som er omsorgsfuld, hensigtsmæssig og effektiv for behandlingen af sundhedsproblemer og fremme af sundhed
- 2. Medicinsk viden** vedr. de etablerede såvel som de udviklende biomedicinske, kliniske og kognitive (epidemiologiske og social-adfærdsmæssige) videnskaber og anvendelse af denne viden i patientvaretagelsen
- 3. Praksisbaseret læring og forbedring**, som involverer undersøgelse og evaluering af deres egen patientbehandling, vurdering og indsamling af videnskabelig evidens og forbedring af patientbehandlingen
- 4. Interpersonelle og kommunikative færdigheder**, som resulterer i effektiv informationsudveksling og samarbejde med patienter, deres familier og andre sundhedsprofessionelle
- 5. Professionalisme**, som viser sig gennem en forpligtelse til at udøve professionel ansvarlighed, udøvelse af etiske principper og en hensyntagen til en forskelligartet patientpopulation
- 6. Systembaseret praksis**, som viser sig ved en opmærksomhed på og interesse for den større kontekst og sundhedssystemet samt en evne til effektivt at bruge systemets resurser med det formål at give en optimal patientbehandling

### Brug for et koncept

Flere steder i verden efterspørges et koncept for kompetenceevaluering, som indeholder både et element af vurdering og et element af udvikling af kvaliteten i arbejdet. I USA har man for speciallægeuddannelserne defineret seks generelle kompetencer i lighed med de syv canadiske roller. En af disse generelle kompetencer er *practice-based learning and improvement* (Tabel 2). I USA har man nu iværksat en større reform for den kontinuerlige kompetenceevaluering af speciallæger, og reformen er relateret til dette aspekt. Reformen er et opgør med tidligere krav om indsamling af kursuspunkt (Continuous Medical Education (CME)-points) og reeksamen hvert 8.-10. år. Der findes imidlertid endnu ikke noget koncept for kompetenceevaluering, som relaterer sig til kvaliteten i praksis, og generelt efterspørges der mere forskning og udvikling på området. Reformen er iværksat af Conjoint Committee on Continuing Medical Education, som er et samarbejde mellem 14 interesseorganisationer. For yderligere information henvises til temanummeret i *The Journal of continuing education in the health professions* [8].

### Muligheder og udfordringer

Teoretiske studier af professionelle viser, at væsentlige forudsætninger for udvikling af ekspertise er omfang af erfaring (øvelse gør mester), monitorering af kvaliteten i det man gør, evt. sammenligning med andre (konkurrencemoment), feedback på præstationer, fokusering af indsatsområder, sparring fra en coach og motivation [10]. Disse principper kan i vid udstrækning bruges til et koncept for kompetenceevaluering af speciallæger. I denne analogi vil speciallægens leder være »coachen«, som giver feedback på præstationer og sparring vedr. indsatsområder. Dokumentation for omfang af erfaring er forholdsvis let at tilvejebringe, men som tidligere nævnt ikke nok. Monitorering af kvaliteten er også nødvendig. Det kan gøres på mange måder. Dokumentation for evidensbaseret praksis, forskellige kvalitets sikringsprocedurer og -projekter er blot nogle eksempler. Kliniske databaser vil også være redskaber i denne sammenhæng og kan bruges til benchmark med andre. Motivation til at blive bedre ligger dybt i fagprofessionelle, men vil styrkes yderligere gennem viden om kvaliteten af det, man gør, samt gennem feedback og sparring fra en coach.

Udfordringen bliver at udvikle et koncept, som er konkret nok til at give meningsfulde oplysninger og samtidig så almenlydig, at det kan anvendes i forskellige specialer og af speciallæger med forskellige arbejdsopgaver. Dernæst skal redskabet for konceptet være tilpas struktureret til, at evalueringen bliver håndgribelig, men samtidig så generelt at man ikke drukner i data og information.

De krav, man må stille til et koncept for kompetenceevaluering, er, at det skal kunne bruges, når man ønsker at foretage en valid, meningsfuld og gennemførlig evaluering af kompetence i relation til arbejdet. Med valid menes, at form og indhold skal afspejle det, som man i organisationen opfatter som

væsentlige indikatorer for speciallægers kompetence (indholdsvaliditet). Dernæst skal resultaterne af kompetencevurdering afspejle forskelle i kompetence (begrebsvaliditet), og resultaterne skal være pålidelige. Dersom konceptet skal være meningsfuldt, skal det opfattes af brugerne som et værdifuldt redskab og en hjælp mht. at sikre og udvikle kvaliteten i arbejdet og speciallægens kompetence. Sidst, men ikke mindst skal konceptet i praksis vise sig at være gennemførligt efter hensigten mht. omfang og indhold.

Korrespondance: *Charlotte V. Ringsted*, Center for Klinisk Uddannelse 5404, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.  
E-mail: [charlotte.ringsted@rh.dk](mailto:charlotte.ringsted@rh.dk)

Antaget: 23. januar 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260-73.
2. Norman GR, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ* 2004;328:999-1001.
3. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof* 2004;24:S31-7.
4. Ringsted C, Hansen TL, Davis D et al. Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada? *Med Educ* 2006;40:807-15.
5. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.
6. Norcini JJ. Current perspective in assessment: the assessment of performance at work. *Med Educ* 2005;39:880-9.
7. Landon BE, Normand S-LT, Blumenthal D et al. Physician Clinical Performance Assessment: Prospects and barriers. *JAMA* 2003;290:1183-9.
8. Temanummer *J Contin Educ Health Prof* 2005;25.
9. Ringsted C. In-training assessment – in a work-based postgraduate medical education context. Maastricht: Universitaire Pers, 2004.
10. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004;79:S70-S81.