



2012

# Øget kvalitet gennem systematisk kompetenceudvikling

## Lægeforeningens politik om sikring af speciallægers kompetenceniveau

### SYSTEMATIK I SPECIALLÆGERS KOMPETENCEUDVIKLING SKAL SKABE YDERLIGERE KVALITET OG PATIENTSIKKERHED

Danske læger har et højt fagligt niveau og en stor tradition for efteruddannelse og tid til efteruddannelse er sikret i overenskomsten. Stor efteruddannelsesaktivitet er imidlertid ingen garanti for effektiv udvikling af god klinisk praksis til gavn for patienterne. Efteruddannelsen bør derfor målrettes som led i en obligatorisk proces for den enkelte læges løbende professionelle udvikling. Dermed skal der sikres et reelt kompetenceløft i overensstemmelse med normerne for evidensbaseret korrekt behandling.

Målet er at bidrage til yderligere patientsikkerhed og høj kvalitet i patientbehandlingen. Midlet er en obligatorisk løbende professionel udvikling (Continuing Professional Development, CPD) for alle danske speciallæger, som involverer, men ikke alene består af, en løbende medicinsk uddannelse (Continuing Medical Education, CME). Konkret skal CPD i en dansk kontekst:

- tage udgangspunkt i det specifikke behov for udvikling af lægens og/eller teamets kompetencer – frem for i et generelt curriculum.

- kortlægge det konkrete behov for kompetenceløft gennem analyse af kliniske resultater og feedback, vurderet i forhold til evidensbaserede behandlingsmetoder – og således ikke gennem en eksamen/test.
- udfylde det kortlagte kompetenceudviklingsbehov med målrettede efteruddannelsesaktiviteter, som fastlægges i en handlingsplan – og således ikke via obligatorisk indsamling af CME-point.

#### DISPOSITION – PRINCIPPER FOR CPD

Politikpapiret rummer følgende primære pointer:

1. Fokus på praktisk klinisk kompetence og dermed på patienten.
2. Standarden for klinisk kompetence ligger i nationale kliniske retningslinjer.
3. Speciallægen bør analysere og have feedback på klinisk kompetence.
4. Speciallægen bør på baggrund af analyse og feedback have handlingsplan for sin kompetenceudvikling.

5. Kompetenceudviklingen bør skræddersyes til lægens og teamets behov.
6. Det videre arbejde med CPD.

## 1. FOKUS PÅ PRAKTISK KLINISK KOMPETENCE OG DERMED PATIENTEN

Det er afgørende at fastholde den store tradition for efteruddannelse, men samtidig øge fokus på at efteruddannelsen foregår i en proces, som forankres i lægens kliniske praksis og dermed reelt bidrager til bedre klinisk kompetence.

Fokus skal være på målet – patientsikkerhed og kvalitet gennem klinisk kompetence – og ikke midlet – efteruddannelse.

### BOKS 1. Definition af kompetence

»Viden, færdigheder og holdninger, der bringes i spil og omsættes i konkret handling.«<sup>1</sup>

Det afgørende i denne sammenhæng er sidste del af begrebsdefinitionen ... *bringes i spil og omsættes til konkret handling*<sup>2</sup>. Traditionel efteruddannelse i form af deltagelse på kurser og konferencer er langt fra altid det mest effektive til at sikre, at det lærte omsættes til konkret handling og dermed klinisk praksis. Forskning viser, at kun 15 procent af deltagere på et kursus reelt får omsat det lærte til praksis efterfølgende<sup>3</sup>.

Det afgørende for, at læring overføres til praksis, og at CPD bliver effektiv, er bl.a. at CPD er funderet i en refleksion over nuværende praksis<sup>4</sup>. Det er således processen og ikke valget af konkrete læringsmetoder, som afgør om CPD bliver effektiv. Undersøgelser<sup>5</sup> viser, at processen bør indeholde fire elementer.

### BOKS 2. Den effektive CPD-proces

1. Definere behovet (bl.a. ved refleksion over praksis)
2. Personlig udviklingsplan
3. Planlagt læring/ kompetenceudvikling og
4. Opfølgning

Vælger vi i Danmark at indføre et obligatorisk CME-point-system som i mange andre lande<sup>6</sup>, vil der således ikke være stor sandsynlighed for, at effekten for patienterne står mål med investeret tid, energi og penge.

Af samme grund bør Danmark således heller ikke tilslutte sig det fælleseuropæiske EAC-CME<sup>7</sup> som et

obligatorisk system. Men enhver speciallæge i Danmark kan naturligvis individuelt vælge at tage en specialisteksamen eller lægge vægt på CME-point i sin efteruddannelse.

Hensigten er at lave en udviklingssystematik, ikke en godkendelses- eller kontrolsystematik. Lægeforeningen ser ingen grund til at indføre en egentlig procedure for recertificering, som det foregår i visse andre lande som f.eks. Canada og Tyskland.

Fravalget af et obligatorisk CME-point-system ses også i det seneste udspil fra General Medical Council i England<sup>8</sup>, som foreligger i udkast fra 2011 og tilsvarende politik fra Sverige 2011<sup>9</sup>.

## 2. STANDARDEN FOR KLINISK KOMPETENCE LIGGER I NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER

Alle speciallæger bør kunne dokumentere kompetence inden for alle syv lægeroller. Men hvornår er man kompetent? Standarden for en speciallæges kompetence kan ikke nedfældes i et generelt curriculum/pensum jf. tabel 2 på næste side.

Standarden for den enkelte speciallæges kompetence i rollen som medicinsk ekspert ligger implicit i nationale kliniske retningslinjer. Ideelt bør lægen dokumentere, at vedkommendes praksis lever op til evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer. Her ved er optimal kvalitet og patientsikkerhed i centrum. Indtil der foreligger nationale kliniske retningslinjer på alle områder, må det dokumenteres, at den enkelte læge efterlever den evidensbaserede kliniske praksis indenfor specialet. Sikring af speciallægers kompetenceniveau er således et yderligere argument for at accelerere og formalisere arbejdet med udvikling af nationale kliniske retningslinjer.

Standarden for speciallægers øvrige seks roller vil i det omfang, de ikke er berørt i de nationale kliniske retningslinjer, være individuelle og afhængige af den enkelte læges nuværende funktion og karriereplaner.

## 3. SPECIALLÆGEN BØR ANALYSERE OG HAVE FEEDBACK PÅ KLINISK KOMPETENCE

Der bør foregå en obligatorisk analyse af og feedback på den enkelte speciallæges kliniske praksis, som kan målrette og motivere speciallægens og teamets videre udvikling af egne kompetencer i alle syv lægeroller.

Analyse af og feedback på lægens aktuelle kliniske praksis udgør vurderingen af, hvor lægen bør udvikle sine kompetencer for at kunne leve op til evidensbaseret korrekt behandling.

En mere systematisk sikring af danske speciallægers kompetenceniveau må – ressourceknapheden i

TABEL 2. Forskel på kompetencevurdering før og efter speciallægeautorisation<sup>10</sup>

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

sundhedsvæsenet in mente – tage afsæt i allerede eksisterende data og eksisterende organisatoriske rammer. *Analysen* af klinisk praksis bør i videst muligt omfang basere sig på eksisterende datakilder. *Feedbacken* bør bestå i en dialog med relevant leder eller faglig resourceperson.

” Der bør foregå en obligatorisk analyse af og feedback på den enkelte speciallæges kliniske praksis.

For hospitalsansatte speciallæger er det arbejdsgivers ansvar, at der gives faglig, udviklingsorienteret og dialogbaseret feedback. For alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger bør en tilsvarende feedback sikres via relevante resourcepersoner.

#### 4. SPECIALLÆGEN BØR UDARBEJDE HANDLINGSPLAN FOR SIN KOMPETENCEUDVIKLING

Udvikling af speciallægens kliniske kompetencer bør målrettes og motiveres gennem den forudgående analyse af og feedback på nuværende praksis, som munder ud i en enkel handlingsplan. Handlingspla-

nen kan rumme efteruddannelsesaktiviteter på såvel individuelt niveau som på teamniveau.

Speciallægen skal bl.a. ved hjælp af handlingsplanen let kunne dokumentere, hvordan vedkommende, i samarbejde med sit team, lever op til nationale kliniske retningslinjer/ bedste kliniske praksis og løbende arbejde med at vedligeholde og udvikle alle lægeroller.

Lægeforeningen vil arbejde for, at der stilles brugervenlige it-redskaber til rådighed for speciallægen, så denne enkelt kan hente data med henblik på at analysere sin kliniske praksis og dermed definere sit kompetenceudviklingsbehov og dokumentere at den kliniske praksis lever op til bedste specialiststandard, som de kommer til udtryk i bl.a. nationale kliniske retningslinjer.

Det er op til den enkelte speciallæge i dialog med leder eller relevant resourceperson efter vejledning fra de videnskabelige selskaber, at vælge den dokumentationsform, der er meningsfuld i forhold til lægens specialiseringsgrad og funktion. Dokumentationens omfang og karakter bør vælges under hensyntagen til ressourceforbrug og kvalitet for patienterne.

#### 5. KOMPETENCEUDVIKLING BØR SKRÆDDERSYES TIL LÆGENS OG TEAMETS BEHOV

Handlingsplanen for kompetenceudvikling bør rumme en bred palet af efteruddannelsesaktiviteter. Der er



mange veje til kompetenceudvikling og valget af den rette efteruddannelsesaktivitet afhænger bl.a. af hvad der skal læres, og hvad den enkelte læges foretrukne læringsstil<sup>11</sup> er. Generelt bør man søge en variation af efteruddannelsesaktiviteter, som giver anledning til at lære på forskellige måder<sup>12</sup>. Samtidig bør man være opmærksom på at mange værdifulde læringsmuligheder ikke kan planlægges, men opstår som en del af det daglige arbejde<sup>13</sup>.

En målrettet vedligeholdelse og udvikling af kompetencer forudsætter således adgang til udvikling af kompetencer under supervision, deltagelse i kurser, konferencer mv. Det skal derfor sikres, at der er en bred palet af efteruddannelsesstilbud, hvoraf nogle bør være nært knyttet til arbejds konteksten. Det skal være nemt at skabe sig et overblik over efteruddannelsesmulighederne inden for det enkelte speciale.

Det skal være muligt både at vedligeholde basale specialistkompetencer og at videreudvikle specifikke subspecialistkompetencer.

## 6. DET VIDERE ARBEJDE MED CPD

Lægeforeningen har med denne politik skabt grundlaget for at en større systematik i efteruddannelsen kan bidrage til yderligere patientsikkerhed og kvalitet. I forlængelse heraf vil Lægeforeningen gå i dialog med relevante aktører på sundhedsområdet om at understøtte obligatorisk CPD.

### Pilotprojekter forankret i selskaberne

Politikken er udtryk for en minimumsmodel for CPD, som på tværs af specialer beskriver den fælles ønskede systematik i efteruddannelsen. Enkeltspecialer kan inden for rammerne af politikken eventuelt skabe yderligere systematik, hvis det vurderes relevant for specialet.

Lægeforeningens bestyrelse opfordrer de speciale-

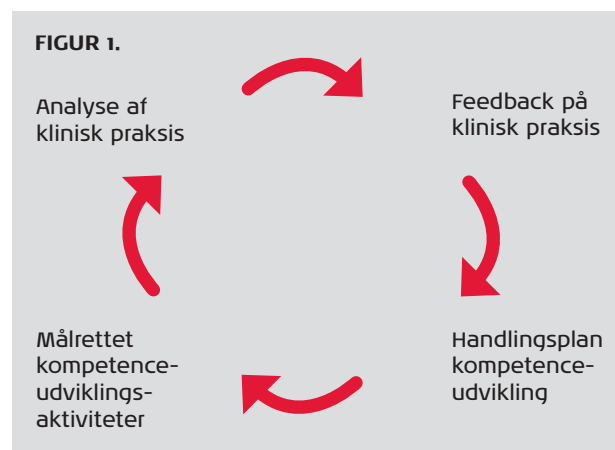
bærende selskaber til at drøfte, hvordan politikken bør udmøntes inden for det enkelte speciale.

Der vil i 2012-14 blive iværksat pilotprojekter med obligatorisk CPD forankret i de videnskabelige selskaber. Her skal man mere systematisk udvikle CPD-rutiner, som bygger videre på specialets efteruddannelses-tradition, og samtidig sikre efterlevelse af politikken.

Lægeforeningens bestyrelse vil følge pilotprojekterne og indsamle viden herfra, og sikre erfaringsudveksling specialerne imellem.

### CPD-værktøj til alle medlemmer

Det skal være nemt for den enkelte læge at sætte sin kompetenceudvikling i system. Derfor vil Lægeforeningen stille et enkelt onlineværktøj til rådighed for medlemmerne, som guider lægen igennem de overordnede fire faser i CPD. Værktøjet vil primært bestå af eksempler og spørgsmål til refleksion. Værktøjet vil være tilgængeligt på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk), hvor værktøjet også indeholder en skabelon for en personlig log-bog, som kan bruges til dokumentation for CPD-proces. CPD-værktøjet bygges op efter nedenstående proces.



### Ansvar for obligatorisk CPD

Ansvar for at holde sig fagligt ajour i overensstemmelse med den evidensbaserede korrekte behandling ligger hos den enkelte læge jf. lægeløftet. Forventningen om, at alle læger obligatorisk fremover holder sig ajour gennem en CPD-proces, ændrer ikke herpå.

For de læger, som er ansat i sygehusvæsenet, påhviler det imidlertid ledelsen at sikre, at personalet er kompetent. Det fremgår bl.a. af kriterierne i Den Danske Kvalitetsmodel. Lægeforeningen vil derfor gå i dialog med Danske Regioner om, hvordan en obligatorisk CPD-proces kan forankres i speciallægens ansættelse i sygehusvæsenet og dermed placere ansvaret for,

at alle læger gennemfører CPD-processen i ledelses-systemet.

For de læger, som arbejder i almen praksis eller i speciallægepraksis, kan der pga. fraværet af en formel ledelsesstruktur som i sygehusvæsnet være behov for at forankre obligatorisk CPD i en anden struktur. Hvordan en sådan struktur skal se ud, og om den eventuelt allerede eksisterer, vil være op til de relevante parter (forankret hos PLO og FAPS) at fastlægge, så de matcher de behov og vilkår hos de praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger.

## Noter

1. »Vejledning om strategisk og systematisk kompetenceudvikling«, Personalestyrelsen og CFU, 2002.
2. Kompetencebegrebet har tydelig forankring i Aristoteles' videns begreb: Episteme (Viden), Techne (Håndværksmæssig kunnen) og Fronesis (Etik og holdninger) Aristoteles, den nicomachiske etik, bog VI, 350 BC
3. Brinkerhoff, Robert O. (2008). »Training Impact Evaluation That Senior Leaders Believe and Use: The Success Case Method.« Workshop presented at Training 2008 Exposition and Conference, Atlanta, GA, February 4.
4. Moon J.A. Reflection in learning and professional development: theory and practice, 1999.
5. Grant, Janet and Stanton, F. (2000) The effectiveness of continuing professional development. A report for the chief Medical Officers Review og Continuing Professional development in Practice. Association for the study of medical education.
6. Godt 75 pct. af de europæiske lande har indført krav til lægers efteruddannelse (CME), primært i form af krav til antal timer brugt på efteruddannelse. Visse steder også efter et centralt defineret curriculum. I ca. 1/3 del af landene er der knyttet krav om recertificering til systemerne. Det gælder f.eks. i Holland og Østrig.
7. EACCME blev etableret i 2000 med henblik på at harmonisere og forbedre kvaliteten af speciallægebehandling i Europa, mobilitet og livslang læring. Konkret søges dette gjort ved at give anerkendelse for deltagelse i konference, kongres mv. (CME-point) samt visse specialisteksamener. I 2010 har EACCME haft en indtægt på 900.000 Euro [eksakt beløb skal konfirmeres] ved at drive CME-systemet og arbejder for at yderligere lande skal tilslutte sig systemet.
8. Principles of Continuing Professional Development, Draft, oct. 2011, General Medical Council.
9. Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkerförbunds gemensamma syn på säkerställande av specialistläkares kompetens för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Utbildnings- och forskningsdelegations gemensamma arbetsgrup, 2011.
10. Ringsted, Charlotte m.fl., (2007) Kompetenceevaluering af speciallæger, UFL 169/34.
11. For nærmere information om læringsstile se <http://www.asb.dk/forskning/forskningscentreoggrupper/forskningscentre/asblearningstyleslab/>
12. Pyatt, R.S., Moore, D.E. and Caldwell, S.C. [1997] Improving outcomes through an innovative continuing medical education partnership. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 17, 239-244.
13. Schostak J, Hanson J, Schostak J, Brown T, Driscoll P, Starke I, Jenkins N, The Effectiveness of Continuing Professional Development, College of Emergency Medicine, 2010.