

Strukturerad återkoppling på ST-läkares kliniska färdigheter

ETT EXEMPEL FRÅN HUDKLINIKEN PÅ SÖDERSJUKHUSET

Återkoppling är ett effektivt sätt att förbättra studenters inläring och stödjer studenter genom att den

- visar studentens progress eller avsaknad av progress
- underrättar studenten om vad som behöver läras in och hur det kan göras
- motiverar studenten att engagera sig i lämpliga inlärningsaktiviteter [1].

Därför är återkoppling av kliniska färdigheter på arbetsplatsen nödvändig för läkares specialisttjänstgöring (ST) och för fortsatt lärande under yrkeslivet [2-4]. Studenter rapporterar ofta att de får för lite återkoppling och efterfrågar mer [5-7], medan lärarna upplever att de ger återkoppling. Möjliga förklaringar till denna diskrepans kan vara att återkoppling faktiskt inte ges eller att studenten inte uppfattar att hen får återkoppling [5]. Kliniskt verksamma läkare uppfattar inte alltid återkoppling som ett fundamentalt undervisningsverktyg och uppmärksammar inte de många tillfällen där det kan användas [5], och det varierar stort över landet hur återkoppling ges [8]. En tydlig struktur med vedertagna mallar för bedömning (bedömningsmetoder) och en kultur som främjar återkoppling skulle kunna stödja utveckling och inläring hos studenter och medarbetare.

Läkarens specialistkompetens baseras på genomfört kliniskt arbete, genomförda och godkända kurser samt formativ bedömning av delmålen i målbeskrivningen för respektive specialitet [4]. Återkoppling vid

Emma K Johansson, docent, biträdande klinisk lektor, överläkare, hud, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet, Stockholm
 ● emma.k.johansson@regionstockholm.se

Josefin Lysell, med dr, överläkare, ST-studierektor, hud, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet, Stockholm

Bodil Schiller, med lic, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm

formativ bedömning används som en del av lärandeprocessen [6]. Huvudansvarig handledare (specialistläkare) och verksamhetschef intygar i samråd med studierektorn att målen är uppnådda, och Socialstyrelsen utfärdar bevis om specialistexamen [4]. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska ST-läkarens kompetens bedömas kontinuerligt och dokumenteras [9, 10]. Eftersom nya metoder och verktyg för bedömning utvecklas är det viktigt att alla berörda parter är överens om vilka metoder som ska användas. För kirurger finns en tydlig kompetenstrappa för kliniska färdigheter som ska läras ut: se, assistera, göra själv under handledning och efter formativ återkoppling på dessa kliniska färdigheter så småningom utföra kirurgi självständigt. Beträffande andra medicinska färdigheter är kunskapstrappan inte lika tydlig.

För att främja ST-utbildningen på Södersjukhuset (Sös) infördes 2019 centrala riktlinjer för utbildningsaktiviteter under läkares ST. Ett liknande verktyg har tidigare utvecklats på Skånes universitetssjukhus. Riktlinjer för handledning, bedömning och återkoppling utarbetades i Sös studierektorsnätverk, bestående av övergripande studierektorer och studierektorer från 16 olika specialiteter. Riktlinjerna baserades på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:8), och Sös ledningsgrupp fattade beslut om dem. Verksamhetschefer och studierektorer på respektive klinik fick i uppdrag att implementera och följa upp resultatet i samråd med övergripande studierektor, som erbjöd grundläggande handledarutbildning, kompletterande utbildning i bedömningsmetoder samt stöd för handledarträffar på klinikerna.

På hudkliniken vid Sös genomfördes en SPUR-inspektion 2014, då det framfördes kritik om bedöm-

HUVUDBUDSKAP

- ST-läkarnas kliniska färdigheter ska regelbundet observeras, bedömas och återges i strukturerad återkoppling, men detta sker inte i den omfattning som rekommenderas.
- Hudkliniken på Södersjukhuset införde kontinuerlig observation, bedömning och återkoppling i klinisk vardag genom utbildning av handledare, införande av rutiner kring vilka färdigheter som ska bedömas, samstämmighet om hur bedömning ska gå till samt krav på minst 6 bedömningar/år och ST-läkare.
- Ett strukturerat arbetssätt som involverar alla kliniska handledare oavsett profession förbättrar möjligheten till regelbunden återkoppling, vilket främjar utbildning av ST-läkare och fortbildning för samtliga läkare på arbetsplatsen.

FAKTA 1. Ämnen som avhandlades på handledarträffarna 2019–2020

- Generationsskillnader – hur ska vi mötas och samarbeta för att få bäst effekt?
- Kalibrering av bedömningsmetoder – instruktioner från ST-studierektor till handledarna om att bedöma ST-målen som förväntas av en färdig specialist.
- Konsekvenser för ST-utbildningen av coronapandemin.
- Genomgång av bedömningsmallar samt kalibrering av bedömningsskalan och feedbacktrappan.

TABELL 1. A- och B-mål som ska uppfyllas samt kliniska färdigheter som ska bedömas och godkännas

A1 Medarbetarskap, ledarskap och pedagogik	A3 Vårdhygien och smittskydd	B1 Kommunikation med patient och närstående	B3 Läkemedel
<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning Eventuell sidoplacering	<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning Eventuell sidoplacering	<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning Eventuell sidoplacering	<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning Eventuell sidoplacering
<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser, exempelvis ST-programmet Sös ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser (inget krav på kurs) ST-programmet Sös organisation	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser, exempelvis ST-programmet Sös ledarskap ST-programmet Sös organisation Motiverande samtal (delmål)	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser Läkemedel Sös webbaserade miljöutbildning ST-kursen Eksem och psoriasis (delmål)
<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder Pedagogisk »sit-in« vid föreläsning Mini-CEX ledarskap i teamarbete, till exempel rond Godkänd kurs enligt ovan	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder Mini-CEX med fokus på vårdhygien	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder Mini-CEX med fokus på kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder CBD vid läkemedelsbehandling Godkänd kurs enligt ovan

Mini-CEX = Mini clinical evaluation exercise, CBD = Case based discussion

Observation och bedömning med återkoppling upprepas tills ST-läkaren uppvisar färdighet motsvarande specialistkunskap. Samtliga bedömningsmetoder ska vara genomförda för att målet ska anses vara uppnått. 4 exempel inkluderas i tabellen.

ning och återkoppling. En svaghet man beskrev var att »bristande konstruktiv återkoppling är en genomgående svaghet i ST-läkarnas professionella utveckling«, och som ett område för förbättring föreslog man att »formen för återkoppling bör diskuteras på kliniken«. Detta tydliggjorde ett behov av att förbättra bedömning och återkoppling för ST-läkarna på hudkliniken vid Sös.

SYFTE

Syftet med arbetet var att förbättra formativ bedömning och återkoppling för ST-läkarna på hudkliniken vid Sös. För att uppnå detta behövdes konsensus om vilka bedömningsmetoder som skulle användas, vilka färdigheter som skulle bedömas och hur bedömningen skulle utföras och återkopplas.

METOD

Förbättringsarbetet påbörjades 2018 och fokuserade på följande 5 aspekter:

- Handledarutbildning. Alla specialister med grundläggande handledarutbildning uppmanades att gå vidareutbildning i bedömningsmetoder, och de som inte hade gått grundläggande handledarutbildning planerades in för den.
- Kontinuerlig bedömning och återkoppling. Krav på minst 6 bedömningar/år och ST-läkare infördes, och handledare och ST-läkare fick i uppdrag att se till att de blev av. Årsvis rapportering till ST-studierektor i samband med ST-kollegium infördes.
- Verktyg. Ett dokument där samtliga delmål kopplades till bedömningsmetoder utarbetades, och bedömningsmetoderna färgades röda. Dokumentet kunde användas som checklista, och när delmålet med matchande bedömningsmetod var godkänt byttes färgen till grönt. Man tydliggjorde att det inte var hela situationen som skulle bedömas vid varje tillfälle, utan delmålet, till exempel hygien, lokalbedövning och bemötande. Vedertagna bedömningsmetoder [1], som Mini-CEX (Mini clinical evaluation exercise) [11], DOPS (Direct observation

of procedural skills) [12, 13] eller CBD (Case based discussion) [14], skulle användas.

- Samstämmighet om bedömningsmetoderna. På handledarträffar skulle man tydliggöra att kompetens motsvarande specialist krävs för att uppnå ett mål och bli godkänd. Efter genomförd bedömning skulle ST-handledaren ge återkoppling och besluta huruvida kompetens motsvarande specialist är uppnådd. På bedömningsdokumentet skrivs »godkänd« eller »inte godkänd«. »Godkänd« innebär att ST-läkaren anses ha kompetens motsvarande specialist och behöver inte bedömas igen. Målet kan prickas av och bli grönt.
- Införande av målbeskrivning inför sidoplaceringar. Med utgångspunkt från målbeskrivningen utarbetade man ett dokument med tydliga mål som ska uppnås med placeringen.

RESULTAT

Vid uppföljning i slutet av 2020 sågs följande resultat.

Samtliga fastanställda hudspecialister (N = 11) hade fått grundläggande ST-handledarutbildning, och 8/10 av dem som var i tjänst hade gått grundläggande utbildning eller repetition under de senaste 4 åren (2017–2020).

Antal bedömningar summerades hos dem som var i tjänst >6 månader/år. Under 2019 var 3 ST-läkare i tjänst, och de genomgick 4, 12 respektive 15 bedömningar. Under 2020 genomfördes 3, 3, 6, 7, 17 respektive 21 bedömningar av 6 ST-läkare.

Ett verktyg med överenskomna färdigheter som skulle bedömas med en viss metod hade införts. Detta tydliggjorde att bedömningar skulle göras kontinuerligt samt vad som skulle bedömas (Tabell 1 och 2).

Handledarna hade egen fortbildning 2 gånger/år under 2019–2020, med fokus på återkoppling och bedömning (Fakta 1).

Inför planerade sidoutbildningar skrev ST-läkarna i samarbete med ST-studierektorn en målbeskrivning med vilka delmål man förväntades uppnå och vilka bedömningsmetoder som skulle användas under

TABELL 2. C-mål enligt målbeskrivningen för hud- och könssjukdomar samt kliniska färdigheter som ska bedömas och godkännas

C3 Behärska dermatologisk och venerologisk undersökningsteknik och terminologi	C5 Kunna handlägga histopatologiska utlåtanden, ha kunskap om dermatopatologi	C7 Behärska olika diagnostiska metoder, behärska behandling inklusive hudkirurgi
<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning	<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning STI-mottagning Deltagande i PAD-rond Eventuell sidoplacering	<ul style="list-style-type: none"> ● Tjänstgöring Hudmottagning Hudoperation Eventuell sidoplacering kirurgi PDT-mottagning
<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser Inget krav på kurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser ST-kurs patologi ST-kurs hudtumör (delmål) ST-kurs pediatrik dermatologi (delmål)	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurser ST-kurs diagnostik och behandling av hudtumörer ST-kurs pediatrik dermatologi (delmål)
<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder Mini-CEX hudmottagning med fokus på status Mini-CEX STI-mottagning med fokus på status Mini-CEX barn med fokus på bemötande DOPS – hudbiopsi DOPS – skabbletning Specialistkollegium år 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder Mini-CEX – fall på PAD-rond CBD – fall med oklar diagnos/histologi Godkänd kurs enligt ovan	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedömningsmetoder DOPS – kryobehandling DOPS – hudexcision inklusive subdermal sutur DOPS – diatermi DOPS – shave DOPS – PDT CBD – tumörfall Godkänd kurs enligt ovan

PDT = fotodynamisk terapi, DOPS = Direct observation of procedural skills

Observation och bedömning med återkoppling upprepas tills ST-läkaren uppvisar färdighet motsvarande specialistkunskap. Samtliga bedömningsmetoder ska vara genomförda för att målet ska anses vara uppnått. 3 exempel inkluderas i tabellen.

sidoplaceringen. Vid placering på plastikkirurgen inkluderades exempelvis delmålet »C7 - Peroperativ bedömning, planering och utförande av ovalära excisioner, vilka kan primärslutas«, som skulle bedömas med DOPS på hudexcision inklusive subdermal sutur. Under 2019-2020 skrevs målbeskrivningar för placeringar på barnhudmottagning, hudavdelning, reumatologisk klinik samt avdelningarna för yrkes- och miljödermatologi och plastikkirurgi.

Vid uppföljande SPUR-inspektion 2020 skrevs »Styckor: Föredömligt upplagd ST-plan med transparens kring delmål och löpande användning av olika bedömningsinstrument, god tillgänglighet till klinisk handledning i vardagen och tydlig återkoppling vid sidoplaceringar.«

DISKUSSION

Hudkliniken på Södersjukhuset har implementerat en fortlöpande formativ bedömning och återkoppling av ST-läkarnas kliniska färdigheter genom att införa krav på minst 6 bedömningar/år med olika metoder, utbilda ST-handledare, tydliggöra vilka delmål som ska bedömas samt introducera målbeskrivning med stipulerade bedömningsmetoder på sidoplaceringar.

Tidigare rapporterade amerikanska ST-läkare att de observerades och bedömdes en gång det första året och att majoriteten aldrig eller mycket sällan fick återkoppling på direkt observerat utförande [1]. Det finns många hinder för bedömning i klinisk vardag, till exempel tidsbrist, svårighet att samtala enskilt i samband med observationen och osäkerhet på förväntningar, både hos den som ska ge och den som ska få återkoppling [15]. I en sammanställning av flera studier fann man att en kombination av 5 mini-CEX, 6 DOPS och 1 enkätbaserad bedömningsmetod (till exempel ST-kollegium) är ett bra underlag för en till-

förlitlig bedömning av ST-läkare efter 1 års tjänstgöring [16]. På Sös startade vi med målet 6 bedömningsfall per år, vilket skulle kunna vara för få för en tillförlitlig bedömning. Dock visade det sig att när ST-läkarna och handledarna kom i gång med bedömningsmetoderna så utfördes i verkligheten fler än 6 med en del av ST-läkarna, framför allt med dem som inte kommit så långt i sin ST. 6 bedömningar per år

»Handledarutbildning inklusive träning av bedömningsmetoder förbättrar kvaliteten på bedömningen av ST-läkares kompetensutveckling.«

ska endast anses vara ett riktmärke. Om samtliga eller flertalet delmål redan är intygade kanske behovet av ytterligare bedömningar är mindre. För att kunna ge återkoppling måste vi även observera de kliniska färdigheter som ska uppfyllas enligt målbeskrivningen. Före detta projekt fanns det några ST-läkare som sällan bad om återkoppling och fick därmed knapphändig sådan. När vi införde riktlinjen om minst 6 bedömningar per år observerades alla ST-läkare, och de fick återkoppling i median 7 gånger (variationsbredd 3-21), vilket vi upplevde som mer rättvist och en klar förbättring.

Handledarutbildning inklusive träning av bedöm-

ningsmetoder förbättrar kvaliteten på bedömningen av ST-läkares kompetensutveckling [17]. Det finns många olika verktyg för bedömning av kliniska färdigheter, och det som är bäst validerat enligt en systematisk sammanställning från 2009 är Mini-CEX [18]. Då vi genomförde detta arbete 2018-2020 användes en svensk översättning av Mini-CEX, med en 5-gradig

»Kliniskt verksamma läkare uppfattar inte alltid återkoppling som ett fundamentalt undervisningsverktyg och uppmärksammar inte de många tillfällen där det kan användas ...«

skala. Vi bestämde att skalan skulle användas med utgångspunkt från förväntningar på en färdig specialist. Skalsteg 1 till 3 krävde återkoppling och förbättring för att motsvara specialist, och skalsteg 4 och 5 motsvarade specialist. Även dessa skalsteg skulle resultera i återkoppling, men krävde inte att den kliniska färdigheten observerades igen. Denna kalibrering och överenskommelse tydliggjorde handledarnas och ST-läkarnas förväntningar på hur bedömningen och återkopplingen skulle gå till samt var en viktig del i utvecklingen av tillförlitliga bedömningar av uppnådd kompetens inom detta projekt. I en ny översättning av Mini-CEX är siffrorna på skalstegen borttagna, och i stället beskrivs uppnådd kompetens [19]. Exempelvis motsvarar »ST-läkaren observerar annan läkare som utför aktiviteten« skalsteg 1 och »ST-läkaren

utför aktiviteten självständigt« skalsteg 4, vilket kan förtydliga vad skalstegen betyder och därmed underlätta för både bedömare och ST-läkare i återkopplings-situationen [19]. Vid formativ bedömning får ST-läkaren efterföljande återkoppling med förslag till utveckling. Om specifika delmål inte uppnås trots upprepade bedömningar bör ST-kollegium diskutera kompetensutvecklingen och ge förslag om åtgärder som sedan utgör underlag för en åtgärdsplan [4].

Vi vill med denna artikel inspirera andra till att införa strukturerad bedömning av ST-läkarnas kliniska färdigheter i löpande verksamhet, för att de ska få regelbunden återkoppling med möjlighet till utveckling. Tyvärr måtte vi inte antalet bedömningar innan projektet startade, vilket är en svaghet. SPUR-inspektionens utlåtande, baserat på intervjuer med ST-läkarna före och efter utförd förbättringsarbete, ger en bild av hur vårt arbete förbättrade den kliniska bedömningen och återkopplingen, vilket är en styrka. Coronapandemin gjorde att ST-läkarna tjänstgjorde flera månader inom internmedicin, vilket kan ha påverkat antalet bedömningar under 2020.

Hudkliniken vid Sös implementerade en struktur för regelbunden bedömning och återkoppling i klinisk vardag för samtliga ST-läkare. Trots pågående coronapandemi uppfyllde 2/3 ST-läkare målet att genomföra minst 6 bedömningar/år, och vid SPUR-inspektionen 2020 framkom att kvaliteten på ST-utbildningen hade förbättrats sedan föregående inspektion 2014. 6 bedömningar/år kan vara i underkant, och att öka antalet skulle kunna förbättra möjligheten att utföra tillförlitliga bedömningar av ST-läkarens kliniska kompetens. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Vid studiens genomförande var Emma K Johansson ST-studierektor på hudkliniken vid Södersjukhuset. Josefin Lysell är ST-studierektor på Karolinska universitetssjukhuset, som hudkliniken vid Södersjukhuset tillhör sedan 2022. Vid studiens genomförande var Bodil Schiller övergripande ST-studierektor på Södersjukhuset.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:23022*

REFERENSER

- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No 31. *Med Teach.* 2007;29(9):855-71.
- Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med.* 2004;79(10 Suppl):S70-81.
- Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, et al. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of direct observation of clinical skills in medical education. *Perspect Med Educ.* 2017;6(5):286-305.
- Björgell O, Uddenfeldt Wort U (redaktörer). *ST-boken. Från BT till färdig specialist. 2 uppl.* Lund: Studentlitteratur; 2021.
- Branch WT Jr, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med.* 2002;77(12 Pt 1):1185-8.
- Biggs J, Tang C. *Teaching for quality learning at university.* 4th ed. New York: Open University Press; 2011.
- Mathiesen MI, Baker K, Shapiro J, et al. Resident identification of feedback and teaching on rounds. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2019;32(4):525-8.
- Björman C, Mangafic S, Juhlin T. Risk för godtycklig bedömning av ST-läkarens kompetens. Bättre stringens och granskning krävs för att rättvist bedöma uppnådd specialistkompetens i internmedicin. *Läkartidningen.* 2019;116:F1FX.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas ST - SOSFS 2015:8 och Målbeskrivningar 2015. *Meddelandeblad 4/2015.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/artikelkatalog/meddelandeblad/2015-7-7.pdf>
- HSLF-FS 2021:8. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringsjämförande. *Socialstyrelsen; 2021.* Artikelnr 2021-2-7212.
- Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, et al. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med.* 1995;123(10):795-9.
- Wragg A, Wade W, Fuller G, et al. Assessing the performance of specialist registrars. *Clin Med (Lond).* 2003;3(2):131-4.
- Erfani Khanghahi M, Ebadi Fard Azar F. Direct observation of procedural skills (DOPS) evaluation method: systematic review of evidence. *Med J Islam Repub Iran.* 2018;32:45.
- Maatsch JL, Huang RR, Downing S, et al. The predictive validity of test formats and a psychometric theory of clinical competence. *Res Med Educ.* 1984;23:76-82.
- Jug R, Jiang XS, Bean SM. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. *Arch Pathol Lab Med.* 2019;143(2):244-50.
- Moonen-van Loon JMW, Overeem K, Donkers HJLM, et al. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013;18(5):1087-102.
- Holmboe ES, Hawkins RE, Huot SJ. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2004;140(11):874-81.
- Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA.* 2009;302(12):1316-26.
- Sveriges läkarförbund. Mini-CEX (Mini clinical evaluation exercise). Maj 2022. <https://sif.se/sfbup/app/uploads/2022/05/2021-04-23-mini-cex-instrument.pdf>

SUMMARY

Structured and regular workplace-based assessment and feedback of clinical competence for residents in dermatology

Workplace-based assessment of clinical competence is essential as an educational tool for residents. The residents in dermatology and venereology at Södersjukhuset, Sweden, reported lack of feedback in an evaluation 2014. Therefore, a project to enhance the use of formative assessment methods was launched in 2018. All dermatologists were educated in formative assessment methods and feedback, certain clinical skills which should be assessed during the education was established, and a requirement to perform at least six formative assessments each year of residency was introduced. After two years, all residents had participated in a median of 7 (range 3-21) formative assessments the past year and reported regular use of assessment tools for clinical skills, good access to clinical teachers, and frequent feedback.