

Läkarna fick bedöma sin egen medicinska kompetens

På barn- och ungdomskliniken i Örebro fick läkarna besvara en utförlig enkät om sin egen och klinikens kompetens. En referensgrupp besvarade också enkäten. Högst självskattad kompetens fanns inom områdena allergologi, neonatologi och barnhälsovård, och lägst inom metaboliska sjukdomar, hematologi och reumatologi. Som en följd av resultatet har kliniken satsat på utbildning inom bland annat skolhälsovård samt forskning inom en rad specialiteter.

Begreppet kompetens används i många sammanhang och omfattar flera olika områden, som vetenskaplig, social, formell och reell kompetens. En individs eller organisations kompetens är inte enbart beroende av kunskap, utbildning och erfarenheter utan också av förmågan och möjligheten att använda dessa.

Författare

JENS SCHOLLIN

docent, klinikchef, barn- och ungdomskliniken, Regionsjukhuset i Örebro

MAGNUS ANTTILA

konsult, INDEA Competence, Köpenhamn

ELISABETH ESBJÖRNER

med dr, överläkare, barn- och ungdomskliniken

BRITT-INGER GARVILL

chef

ANNIKA GUNNARSON

utvecklingssekreterare; båda Kunskapscentrum

BO LINDQUIST

docent, överläkare

ERIK STENNINGER

bitr överläkare; båda barn- och ungdomskliniken; samtliga Regionsjukhuset i Örebro.

Tabell 1. Exempel på frågor för kompetensbedömning på nivå 1 och 2 för området endokrinologi/diabetes.

Hur bedömer Du Din förmåga att	förmåga									
	låg					hög				
<i>Nivå 1</i>										
diagnostisera, behandla och handlägga akut diabetes mellitus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ge råd avseende kost, uppföljning, kontroller, senkomplikationer och tekniska hjälpmedel vid diabetes mellitus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
diagnostisera och handlägga hypotyreos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Nivå 2</i>										
utreda, handlägga och kontinuerligt följa kongenital och senare förvärvad hypotyreos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
utreda, behandla och följa pubertas praecox	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
utreda, behandla och följa pubertas tarda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
utreda, behandla och följa brist på tillväxthormon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Den medicinska kompetensen hos läkare omfattar både praktiska och teoretiska kunskaper som krävs för att klara uppgiften: att bota och lindra sjukdom och ohälsa. En kliniks läkarstab måste ha tillräcklig samlad medicinsk kompetens för att klara klinikens uppdrag. Kompetensen bör bedömas i relation till klinikens uppsatta verksamhetsmål. Kartläggning av en kliniks medicinska kompetens kan bidra till en samsyn på vad kliniken skall klara av, det vill säga visa på områden som bör utvecklas på både klinik- och individnivå.

På barn- och ungdomskliniken vid Regionsjukhuset i Örebro har vi arbetat fram en modell för att bedöma den medicinska kompetensen inom läkarkåren på kliniken. Arbetet har letts av en styrgrupp bestående av fyra läkare på kliniken, två medarbetare från sjukhusets utbildningsavdelning och en konsult från konsultgruppen INDEA Competence. Finansiering har skett med medel från Arbetslivsfonden inom ramen för det så kallade KAK-projektet (kvalitet, arbetsmiljö, kompetens). Ett annat delprojekt i KAK-projektet, läkarnas arbetsmiljö vid Regionsjukhuset i Örebro, har tidigare presenterats i Läkartidningen [1].

Syftet med kompetensanalysen var

att ta fram kompetenskrav som var relevanta för vår egen klinik, men också att utveckla en metod som skulle vara användbar inom andra specialiteter.

27 läkare deltog

Örebro län har 270 000 invånare. Barn- och ungdomskliniken på Regionsjukhuset i Örebro är den enda barnkliniken inom landstinget. Kliniken har två vårdavdelningar, en dagavdelning och en mottagning. Barnmottagningar finns också på lasaretten i Karlskoga och Lindesberg samt på vårdcentralerna i Kumla och Hallsberg. Barnmottagningarna i Kumla och Hallsberg tillhör Regionsjukhuset i Örebro organisatoriskt medan mottagningarna i Lindesberg och Karlskoga är egna verksamhetsområden.

På barn- och ungdomskliniken vid Regionsjukhuset i Örebro finns sammanlagt 22 läkare och på barnmottagningarna i Lindesberg och Karlskoga 2 respektive 3 läkare. Kliniken på Regionsjukhuset i Örebro bedriver all form av pediatrik verksamhet, men köper barnhjärtkirurgi och barnkirurgi. Barnhabiliteringens läkare och barnhälsovårdsöverläkaren är anställda på kliniken. Örebro kommun köper all skolhälsovård av kliniken, varför skolhälsovårdsöverläkaren och två skolläkare är

Tabell II. Medelvärden för självskattad kompetens hos barnläkare vid Regionsjukhuset i Örebro för nivå 1 och 2 inom 16 delområden (1–10, hög siffra betyder hög kompetens). *Enbart nivå 1.

Område	Nivå 1	Nivå 2
Allergologi	7,08	4,21
Neonatologi	6,76	4,59
Barnhälsovård*	6,44	
Infektionssjukdomar	6,43	4,41
Ungdomsmedicin*	6,29	
Socialpediatrik*	6,11	
Neurologi/habilitering	5,94	4,10
Nefrologi	5,84	4,23
Skolhälsovård*	5,77	
Endokrinologi/diabetes	5,74	3,62
Gastroenterologi	5,60	3,55
Kardiologi	5,51	3,78
Onkologi	5,47	3,81
Reumatologi	5,07	3,33
Hematologi	4,98	3,71
Metabola sjukdomar	4,76	3,10

anställda på kliniken. Klinikens läkare deltar i barnhälsovård och skolhälsovårdsarbete.

Definition av kompetenskrav

Inom barn- och ungdomsklinikens verksamhet urskilde vi 16 skilda kliniska områden (subspecialiteter) där styrgruppen bedömde att det medicinska kompetenskravet behövde definieras. Fyra av dessa har idag officiell karaktär av egen specialitet (allergologi, neurologi-habilitering, kardiologi och neonatologi) med framtagna kompetenskrav från Socialstyrelsen [2-6], men även andra områden kräver också särskild kunskap och erfarenhet. Kliniken har ambitionen att ha tillräcklig samlad kompetens inom alla 16 områden, och dessutom förväntas alla klinikens läkare ha en bred allmänpediatrisk kompetens.

De medicinska kompetenskraven delades upp i två nivåer för varje medicinskt specialitetsområde; nivå 1 motsvarar den kompetens som alla specialistkompetenta barnläkare förväntas inneha och nivå 2 det som subspecialisten skall kunna. Inom fyra områden ansåg vi att det fanns skäl att bara definiera nivå 1. Dessa områden var barnhälsovård, skolhälsovård, ungdomsmedicin och socialpediatrik.

Några läkare verksamma inom varje subspecialitet fick ansvar för att ta fram viktiga kunskaper/färdigheter inom respektive område. Eftersom antalet subspecialiteter var så stort var alla specialister delaktiga i arbetet. Förslagen omvandlades av styrgruppen till frågor för varje subspecialitet i nivå 1 och nivå 2. Svaren på dessa frågor användes senare för bedömning av den medicinska kompetensen. Detta exemplifieras i Tabell I

med några frågor inom området endokrinologi/diabetes för både nivå 1 och nivå 2.

För nivå 1 formulerades sammanlagt 155 frågor och för nivå 2 ytterligare 120 frågor. Frågorna berörde så konkreta situationer som möjligt, men för att antalet frågor inte skulle bli alltför stort fick vi ändå konstruera frågor av övergripande karaktär.

Referensgrupp

När en kompetensanalys genomförs är det viktigt att personer utanför målgruppen tjänstgör som referensgrupp för extern validering [7]. Referensgruppens uppgift är att bedöma kompetensen hos hela organisationen, i detta fall läkarna på barn- och ungdomskliniken vid Regionsjukhuset i Örebro, genom att svara på samma frågor som den undersökta målgruppen. Vi valde att ha tre referensgrupper: en bestående av länets barnläkare utanför Regionsjukhuset i Örebro, en andra av avdelningsförestandare vid kliniken och en tredje av alla barnläkare vid Regionsjukhuset i Örebro.

Enkäten

De framtagna 275 frågorna samlades i en enkät. Denna besvarades dels av målgruppen (klinikens läkare), som svarade på frågor om den egna självskattade kompetensen och om klinikens sammanlagda kompetens, dels av referensgrupperna, som svarade på frågor om klinikens kompetens som helhet. Den medicinska kompetensen skattades för varje fråga på en skala 1–10, där 1 betydde låg kompetens och 10 hög kompetens. Varje frågeområde avsluta-

des med två övergripande frågor för varje subspecialitet; den ena handlade om i vilken grad förmågan *bör höjas* hos enkätvararen inom området för att han/hon skall klara sitt nuvarande arbete, och den andra om i vilken grad det fanns en *önskan att höja* kunskapen inom området. Även dessa frågor besvarades via en 10-gradig skattningsskala. Samtliga svar för målgrupp och referensgrupp var anonyma.

Självskattad kompetens högst inom allergologi

Självskattad kompetens för nivå 1 och nivå 2 redovisas i Tabell II och presenteras i rangordning från området med högst självskattad kompetens för nivå 1, som i det här fallet var allergologi. Rangordningen är därefter fallande till lägst skattad kompetens i nivå 1. Denna ordning på subspecialiteterna behålls sedan i kommande tabeller. De högst självskattade områdena var allergologi, neonatologi och barnhälsovård, medan de lägst skattade var metaboliska sjukdomar, hematologi och reumatologi. För nivå 2 är rangordningen annorlunda än för nivå 1, och skillnaderna i självskattade medelvärden är ej så stora som för nivå 1. Men de områden som ligger högt i nivå 1 ligger också högt i nivå 2. Högsta skattningen hade neonatologi och infektionssjukdomar, och lägsta metabola sjukdomar och reumatologi.

En jämförelse mellan läkarnas bedömning av sin egen kompetens och de tre referensgruppernas sammanslagna skattning för nivå 1 och nivå 2 presenteras i Tabell III. Referensskattningen var lägre än självskattningen för nivå 1

Tabell III. Jämförelse mellan rangordning vid självskattad kompetens respektive referensskattning inom 16 delområden för barnläkare vid Regionsjukhuset i Örebro (låg siffra betyder hög kompetens).

Nivå 1 Område	Nivå 2			
	Självskattad kompetens (rankning)	Referensskattad kompetens (rankning)	Självskattad kompetens (rankning)	Referensskattad kompetens (rankning)
Allergologi	1	2	4	6
Neonatologi	2	3	1	10
Barnhälsovård	3	12	–	–
Infektionssjukdomar	4	5	2	3
Ungdomsmedicin	5	14	–	–
Socialpediatrik	6	16	–	–
Neurologi/habilitering	7	10	5	4
Nefrologi	8	7	3	2
Skolhälsovård	9	15	–	–
Endokrinologi/diabetes	10	8	9	7
Gastroenterologi	11	4	10	1
Kardiologi	12	9	7	11
Onkologi	13	1	6	5
Reumatologi	14	11	11	8
Hematologi	15	6	8	9
Metabola sjukdomar	16	13	12	12

ANNONS

Tabell IV. Läkarnas egen bedömning av sitt behov av ökad kompetens för att kunna fullfölja sina uppgifter jämfört med grad av kompetens (siffrorna anger ranking inom området, låg siffra betyder hög kompetens).

kompetens Område	Nivå 1		Behov av		Nivå 2		Behov av		Grad av	
	kompetens	Självskattning	Referensskattning	Referensskattning	kompetens	Självskattning	Referensskattning	Referensskattning	Grad av	Grad av
Allergologi	1	1	2	2	4	4	6			
Neonatologi	3	2	3	3	1	1	10			
Barnhälsovård	2	3	12	12	–	–	–			
Infektionssjukdomar	5	4	5	5	2	2	3			
Ungdomsmedicin	6	5	14	14	–	–	–			
Socialpediatrik	3	6	16	16	–	–	–			
Neurologi/habilitering	12	7	10	10	3	5	4			
Nefrologi	10	8	7	7	7	3	2			
Skolhälsovård	7	9	15	15	–	–	–			
Endokrinologi/diabetes	11	10	8	8	10	9	7			
Gastroenterologi	9	11	4	4	8	10	1			
Kardiologi	8	12	9	9	5	7	11			
Onkologi	13	13	1	1	9	6	5			
Reumatologi	16	14	11	11	12	11	8			
Hematologi	14	15	7	7	6	8	9			
Metabola sjukdomar	15	16	13	13	11	12	12			

inom barnhälsovård, ungdomsmedicin, socialpediatrik och skolhälsovård. För onkologi, gastroenterologi och hematologi är referensskattningen högre än självskattningen. För nivå 2 är självskattningen för neonatologi och kardiologi bättre än referensskattningen, medan det omvända gäller för gastroenterologi och reumatologi.

Behov av att öka sin kompetens i förhållande till självskattningen finns för nivå 1 i första hand inom kardiologi och socialpediatrik (Tabell IV). För nivå 2 gäller att neurologi, gastroenterologi, kardiologi och hematologi är de områden där man upplever behov av att öka sin kompetens i förhållande till självskattning.

Behov av att öka sin kompetens relaterat till referensgruppens skattning framgår också av Tabell IV. För nivå 1 är det störst skillnad vad gäller barnhälsovård, ungdomsmedicin, socialpediatrik och skolhälsovård, där barnläkarna själva anser att ett större eget behov av kompetensökning föreligger jämfört med referensgruppens bedömning av den totala kompetensen. Å andra sidan anser barnläkarna själva att det finns ett mindre behov av kompetensökning inom onkologi, hematologi, gastroenterologi och nefrologi än vad referensgruppen tycker. För nivå 2 finns det största behovet av att öka sin kompetens i förhållande till självskattning för nefrologi, gastroenterologi, kardiologi och hematologi. Vid jämförelse med referensskattning finns ett ökat behov vad gäller neonatologi och kardiologi.

Unikt projekt vad gäller omfattning och komplexitet

Barn- och ungdomsklinikens mål fastställs i särskild verksamhetsplan

som arbetas fram på kliniken. För att verksamhetsplanens mål skall kunna uppnås krävs att de är förankrade i alla personalkategorier. Läkarna har en central funktion i detta arbete och är den personalgrupp som har högst medicinsk kompetens samt kompetens för forskning och utveckling. För att kunna samla en hel klinik för gemensamma mål måste därför också läkarkåren vara delaktig och överens om målen.

Instrument för kompetensanalyser har utarbetats med liknande metoder inom andra landsting samt inom ett antal andra verksamheter, inom både offentlig och privat sektor [7-10]. Dessa projekt har varit mer begränsade och berört en smalare problemställning. Projektet på barn- och ungdomskliniken vid Regionsjukhuset i Örebro är unikt dels genom att det är det första som inriktats på medicinsk kompetens, dels på grund av projektets omfattning och komplexitet. Kompetensanalysen skiljer sig också från tidigare analyser genom att så många medverkat aktivt i samtliga steg samt avseende de parametrar som användes för att belysa kompetensen så allsidigt som möjligt.

Kännetecknande för metoden vi valde är tyngdpunkten på delaktighet i alla steg, synsättet på kompetens och sättet att tydliggöra kompetenskraven. Att lägga tyngdpunkten och en hel del av arbetet på att skapa delaktighet är viktigt för att kunna genomföra kartläggning med trovärdighet och få ett högt deltagande vid genomförandet. Initialt kan detta innebära något mer arbete jämfört med en mer traditionell lösning. Detta merarbete får man igen när kompetensförsörjning blir en naturlig del i arbetet för alla. Metoden skall medföra så liten arbetsbelastning för verksamhe-

ten som möjligt och samtidigt ge ett användbart underlag. På kliniken fick vi ett 100-procentigt deltagande, vilket stödjer vår uppfattning att detta är en bra och användbar metod och att läkarna var motiverade att delta.

För den enskilde läkaren kan resultaten användas för att bedöma sin egen kunskapsnivå i jämförelse med klinikkens behov och förväntningar. De enskilda resultaten kan också användas i utvecklingssamtal om framtida inriktning och utbildning för den enskilde läkaren.

Resultaten ledde till satsning på utbildning och forskning

Vid tolkningen av resultaten har vi lagt stor vikt vid att se kliniken som en helhet och identifiera svaga områden som behöver stärkas med utbildningsinsatser och eventuella omfördelningar och förstärkningar på läkarsidan.

Insatser för att förstärka områden har varit både generella och individuella. Generella omfattande utbildningsinsatser har gjorts för att öka kunskapen inom skolhälsovård, barnhälsovård och socialpediatrik. Vi har haft möjlighet att göra detta genom beviljade medel från Socialstyrelsen för två projekt: »barn med särskilda behov» och »psykosocialt omhändertagande av kroniskt sjuka barn». Individuellt har universitetstjänstgöring eller tjänstgöring på annan specifik klinik realiserats inom neonatologi, kardiologi, neurologi, hematologi, onkologi, reumatologi och infektionssjukdomar. Yngre läkare har styrts till dessa områden, och en koncentration till färre specialiteter har skett inom något område. Generellt har också forsknings- och utvecklingsaktiviteten ökat och stimulerats. Vi uppfattar

denna som grunden till en utvecklingsinriktad klinik. Kliniken har sju disputerade läkare, varav fyra är docenter, samt sex doktorander, och även läkare på andra kliniker handleds från vår klinik. Ytterligare ett par läkare har påbörjat forskning som på sikt kan leda till doktorandprojekt.

Undersökningen bör upprepas efter ett år

Klinikens kompetens bedöms i stort som god. För vissa områden där den självskattade kompetensen graderades lågt för nivå 1 och 2 (onkologi, gastroenterologi, hematologi respektive gastroenterologi, reumatologi) tror vi att det beror på att patienterna inom dessa områden i första hand sköts polikliniskt av ett fåtal specialister med hög kompetens, och att andra specialister sällan kommer i kontakt med dessa patientgrupper.

Om behovet av att öka den egna kompetensen för att klara av sitt arbete stämmer överens med självskattning och referensskattning är metoden användbar. I de tunga subspecialiteterna allergologi, neonatologi och barnhälsovård fanns det största behovet att öka kompetensen för det dagliga arbetet (nivå 1). Detta beror sannolikt på att dessa subspecialiteter är stora och att den enskilde läkaren ofta möter dessa patientgrupper i det dagliga arbetet.

En liknande undersökning vore därför intressant att göra om efter något år för att mäta vad våra prioriteringar och utbildningsinsatser tillfört kliniken och den enskilde läkaren. Arbetsinsatsen blir då mindre eftersom metoden redan utarbetats. Genom detta breda anslag hoppas vi kunna skapa kunnigare och mer motiverade läkare som också ges möjlighet att följa utvecklingen inom sina specialområden.

Mycket av arbetet har varit ett tidskrävande pionjärarbete. Vi tror trots detta att metoden är väl värd att använda eftersom redan arbetet med framtagandet av kompetenskrav hade många positiva effekter avseende både delaktighet för personalen och klinikens verksamhet.

Referenser

1. Arnetz B, Peterson O, Zettergren G. Instrument för strategisk arbetsmiljöutveckling inom vården. Praktisk tillämpning, definierade problem. *Läkartidningen* 1995; 92: 3240-5.
2. Barn- och ungdomsmedicin. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992: 153-7.
3. Barn- och ungdomsallergologi. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992: 158-60.
4. Barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Läkarnas specialiseringstjänstgöring.

Målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992: 161-64.

5. Barn- och ungdomskardiologi. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992: 165-7.
6. Neonatologi. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992: 168-71.
7. Anttila M. Kompetensförsörjning – företagets viktigaste process. Stockholm: Ekerlids Förlag, 1997.
8. Anttila M, Olsson M, Strand G. Veta var man står. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
9. Anttila M. Kompetensförsörjning – en av de viktigaste strategiska frågorna framöver. *Aktuellt om personal* 1993; nr 4: 3-4.
10. Anttila M. Behovet för kompetenceutveckling i de nordiska banker. Köpenhamn: Nordiska Finansförbundet, 1996.

Oroande ökning av klamydiafallen

Under de första sex åren efter det att klamydia 1988 blev en enligt Smittskyddslagen anmälningspliktig sjukdom mer än halverades antalet kliniskt anmälda fall. Därefter har emellertid minskningen avstannat och antalet kliniskt anmälda klamydiafall har under de senaste åren legat på en relativt konstant nivå: omkring 14 000 per år. 1997 anmäldes 13 905 fall, 8 220 kvinnor och 5 685 män. Antalet laboratorierapporterade fall har i stort följt utvecklingen för de kliniskt anmälda fallen, även om det laboratorierapporterade antalet hela tiden varit högre. 1997 rapporterades 14 899 fall från laboratorierna, att jämföra med 14 561 för 1996.

Under första halvåret 1998 har vi för första gången sett en signifikant ökning av antalet rapporterade fall av klamydia. Vid jämförelse mellan första halvåret 1997 och samma period 1998 har antalet kliniska anmälningar totalt ökat med 13 procent. Stora län som Göteborg och Malmö har ökat 36 respektive 45 procent under samma period. Även mindre län som t ex Hallands, Jönköpings och Kristianstads län har ökat 37, 72 respektive 49 procent.

Variationerna är stora mellan länen och mellan enskilda månader; så har t ex Stockholm minskat totalt under perioden med 5 procent, men hade en ökning under juni 1998 jämfört med juni 1997 med 43 procent. Vid jämförelse mellan åldersgrupperna 15–19, 20–24 och 25–29 är den minsta ökningen i den yngsta gruppen nämligen 10 procent, i de båda andra åldersgrupperna är ökningen 14 procent. Vid jämförelse mellan könen är den största ökningen bland män 15 procent, jämfört med en 11-procentig ökning för kvinnor.

En djupare analys krävs för att säkerställa vad ökningen beror på. Vad som framför allt behöver studeras är eventuella förändringar av laboratoriemetoder och även andra faktorer som kan påverka utvecklingen, t ex om antalet urintest ökat främst från män som tidigare eventuellt haft farhågor inför en smärtsam provtagning och därför inte sökt läkare.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*