

”360°-EVALUERING I SPECIALLÆGE- UDDANNELSE”

EVALUERING



JENS SEEBERG
WWW.HRACONSULT.DK
MAJ 2006

”360°-EVALUERING I SPECIALLÆGE-UDDANNELSE”

EVALUERING

INDHOLD

FORORD.....	3
INDLEDNING	4
BAGGRUND	4
PROJEKTETS FORMÅL	6
360°-FEEDBACK PROCESSEN	8
DENNE EVALUERINGS FORMÅL	9
METODE	10
RESULTATER	11
VURDERING AF ANVENDTE REDSKABER.....	11
<i>Internetdelen: brugerflade</i>	11
<i>Spørgeskemaet til respondenter</i>	11
<i>Feedback-rapporten</i>	14
<i>Mundlig feedback</i>	19
<i>Er metoden en hjælp for vejledere og læger under uddannelse?</i>	20
<i>Handlingsplaner</i>	21
IMPLEMENTERING AF PILOTPROJEKTET	21
<i>Ejerskab af projektet</i>	21
<i>Udvælgelse af respondenter</i>	25
<i>Institutionalisering</i>	26
<i>Styring af projektet</i>	28
ETISKE ASPEKTER	29
<i>Fortrolighed</i>	29
<i>Anonymitet</i>	29
<i>Anvendelse</i>	30
INFORMATIONSKOMPONENTEN	30
VARIATION MELLEML AFDELINGER	30
OPNÅELSE AF PROJEKTETS MÅL	31
KONKLUSION OG ANBEFALINGER.....	31
<i>Specifikke anbefalinger</i>	32
ANNEKS 1: SPØRGESKEMA TIL RESPONDENTER.....	34
ANNEKS 2: GENERELLE ’SPILLEREGLER’ FOR IMPLEMENTERING.....	40
ANNEKS 3: INFORMATIONSBREV TIL RESPONDENTER.....	42
ANNEKS 4: INTERVIEWGUIDE FOR 360°-CERTIFICEREDE VEJLEDERE	43
ANNEKS 5: INTERVIEWGUIDE FOR LÆGER UNDER UDDANNELSE	44
ANNEKS 6: INTERVIEWGUIDE FOR RESPONDENTER.....	45
ANNEKS 7: INTERVIEWGUIDE FOR LEDELSESNIVEAU	46
ANNEKS 8: DAGBOGSFORMAT	47
ANNEKS 9: INDEKSSYSTEM FOR KODNING AF DATA	48

FORORD

Denne eksterne evaluering af projektet ”360°-evaluering i speciallæge-uddannelse” ved udvalgte afdelinger på Skejby Sygehus, Silkeborg Centralsygehus og Randers Centralsygehus er gennemført af HRA Consult i perioden februar til maj 2006.

Projektet er støttet økonomisk af Kvalitetsudviklingspuljen, Århus Amt (KUL-puljen).

Jeg vil gerne sige tak til de, der i løbet af evalueringen har bidraget i form af diskussioner, input og information. Især har Projektgruppen (Gitte Eriksen, Birgitte Bruun Nielsen og Hans Kirkegaard) været behjælpelig med praktisk støtte og levering af alt nødvendigt baggrundsmateriale. Tidlige versioner af denne rapport har været forelagt projektgruppen, som har givet konstruktiv kritik og bidraget til, at visse uklarheder blev afklaret.

Ligeledes vil jeg sige tak for den udtalte velvilje på alle niveauer af organisationen i forhold til at afsætte tid til interviews blandt de, der har været involveret i 360°-projektet. De to eksterne konsulenter, Gitte Bjørg, Learning Partners, og Jørgen C. Friis, A3, har bidraget med input om metodens proces og principper samt dens tekniske forudsætninger. Ligeledes har cheflæge Kristjar Skajaa, leder af personaleafd. Helle Lehman, samt de ledende overlæger ved afd. B, I, K, Q og Y velvilligt sat tid af til at diskutere projektet.

At evalueringen er ekstern indebærer imidlertid, at undertegnede alene har ansvaret for dens resultater, anbefalinger og konklusion. Jeg håber, rapporten vil være en hjælp til at beslutte, om 360°-feedback skal implementeres permanent på de deltagende sygehuse, samt til i så fald at justere visse dele af redskabet.

Jens Seeberg
antropolog, Ph.d.
Tranbjerg, 20.5.2006

INDLEDNING

Denne eksterne evaluering af projektet ”360°-evaluering i speciallæge-uddannelse” ved udvalgte afdelinger på Skejby Sygehus, Silkeborg Centralsygehus og Randers Centralsygehus har fundet, at pilotfasen altovervejende har været succesfuld, at metoden er velegnet til at evaluere de såkaldt ’bløde’ kompetencer som indgår i kravene til speciallæger under den ny speciallægeuddannelse, at den er tidsbesparende og derfor økonomisk fordelagtig i forhold til gældende praksis, samt at en overvældende majoritet af de adspurgte deltagere i projektet har været endog særdeles positivt indstillet overfor permanent implementering af metoden. Evalueringens generelle konklusion og anbefaling er derfor, at 360°-feedback er egnet til sit formål og derfor kan og bør indføres på alle afdelinger på de deltagende sygehuse som et led i uddannelse af speciallæger; endvidere kan metoden, med nødvendige modifikationer, overvejes indført i forhold til andre grupper af læger og andre personalegrupper.

Nærværende rapport beskriver grundlaget for denne anbefaling samt hvilke modifikationer af metoden, pilotfasen har givet anledning til at foreslå. De specifikke anbefalinger er samlet i afsnittet ’Konklusion og anbefalinger’ til sidste i rapporten.

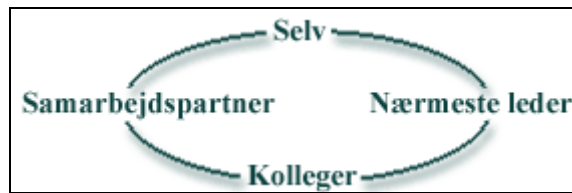
I pilotprojektet er begreberne 360°-evaluering og 360°-feedback blevet anvendt synonymt. Ordet ’evaluering’ vækker for den enkelte mindelser om ’eksamen’ og er ikke i overensstemmelse med den måde, hvorpå metoden er blevet anvendt i projektet, hvor det har været den primære intention at redskabet skulle være en hjælp for lægen under uddannelse til at identificere egne styrker og udviklingsområder. Derfor er begrebet 360°-feedback blevet anvendt overalt i denne rapport med undtagelse af titlen på pilotprojektet (jvf. forsiden), som ikke kan ændres med tilbagevirkende kraft.

BAGGRUND

Den ny speciallægeuddannelse trådte i kraft den 1. januar 2004. Det betyder, at alle uddannelsesstillinger, der er blevet opslået siden denne dato, er indgået i den ny uddannelse. I overensstemmelse hermed er der udarbejdet nye målbeskrivelser for de medicinske specialer på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning fra maj 2001 med vægt på de mangesidige funktioner, som varetages af en speciallæge, og som er sammenfattet i de syv roller: medicinsk ekspert, samarbejder, kommunikator, leder/administrator, akademiker, sundhedsfremmer og professionel.¹ Hver af disse roller er beskrevet som et sæt af specifikke kompetencer, den pågældende skal være i besiddelse af for at kunne afslutte uddannelsen som speciallæge. I kølvandet på denne reform af uddannelsen er der behov for at udvikle egnede redskaber til at vurdere den enkelte læges kompetencer. Især i forhold til såkaldt ’bløde’ kompetencer har der været behov for at udvikle nye evalueringsredskaber, som er skræddersyet til dette formål. 360°-feedback er blevet afprøvet i en pilotfase for at vurdere redskabets egnethed i denne sammenhæng.

En 360°-feedback (eller 360°-evaluering) er en metode, der har til hensigt at give et helhedsorienteret statusbillede af præstationer sådan som de opleves og opfattes af personen selv, kolleger, ledere og samarbejdspartnere.

¹ *Fremtidens Speciallæge*. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. Sundhedsministeriet, maj 2000.



Figur 1

Metoden inddrager alle interessenter med henblik på at give en struktureret feedback. Metoden er kendetegnet ved, at den enkelte får feedback fra flere vinkler og fra kolleger/samarbejdspartnere på forskellige niveauer, hvorved risikoen for at ”kritiske” kompetencer glemmes i vurderinger mindskes. Den enkelte opnår således viden om, hvordan omverdenen ser på en. Dette er modsat traditionel feedback eller ”top-down” vurdering, hvor det primært er lederen der vurderer adfærd og performance.

360°-feedback er baseret på subjektive vurderinger; metodens objektivitet knytter sig til antallet af personer, der inddrages i vurderingen og forudsætter, at der vælges respondenter, der er kvalificerede til at give feedback. Det anbefalede antal respondenter på 12-20 tilstræber at sikre den nødvendige grad af objektivitet. Der er mulighed for anonymitet for respondenter bortset fra lederen.

360°-feedback anvendes også som redskab ved ledelses- og organisationsudvikling, ved sammensætning af effektive teams og som led i personlig udvikling og læring med fokus på, hvordan personen udfører et givet job. En 360°-feedback er ikke en test, der kan eller skal bestås, men er et redskab der bl.a. kan skabe kendskab til egne stærke og svage sider. En 360°-feedback blev i forbindelse med den lægelige videreuddannelse i pilotfasen afprøvet som grundlag for samtaler mellem vejlederen og lægen under uddannelse omkring udviklingen af de personlige kompetencer. Disse samtaler skulle følges af udarbejdelse af handlingsplaner for den enkelte læge samt senere opfølgning efter en aftalt tidsramme.

En række publikationer vedrørende metodens anvendelighed og muligheder indenfor den lægelige videreuddannelse baserer sig primært på erfaringer fra de amerikanske, canadiske og britiske uddannelsessystemer. I et nyligt studie fra januar 2004 konkluderes det, at 360°-feedback er et godt, reproducerbart redskab til at vurdere performance og vurdere kompetencer². J Lockyer³ konkluderer i sin gennemgang af ”multisource feedback” som metode til vurdering af lægelige kompetencer indenfor områderne interpersonel kommunikation, professionel adfærd og teamwork, at metoden er en af de bedre, der vil kunne tilpasses og implementeres som redskab til feedback og coaching vedrørende adfærd.

For at anvende metoden indenfor den danske lægeverden blev der i pilotprojektet defineret et sæt basiskompetencer med tilhørende adfærdsindikatorer, der kan bruges til at evaluere lægelig adfærd. Disse blev udviklet under en workshop på Skejby Sygehus med deltagelse af de afdelinger der havde meldt sig til pilotprojektet. De enkelte afdelinger kunne herefter modificere basiskataloget i det omfang, det blev skønnet nødvendigt af hensyn til karakteren af det enkelte speciale (se Anneks 1 for eksempel på færdigt spørgeskema til respondenter). Ligeledes udviklede de enkelte afdelinger ’spilleregler’ for, hvordan projektet konkret skulle implementeres på hver afdeling (se Anneks 2 for eksempel på spilleregler). Der opstod ikke afgørende forskelle mellem de spørgerammer, som blev anvendt på de forskellige afdelinger, eller de spilleregler, der blev anvendt, men fremgangsmåden viste at metoden er fleksibel nok til at kunne håndtere sådanne forskelle.

² Higgins RS et al, Ann Thorac Surg 77;12-7, 2004

³ J Lockyer. Contin Educ Health Prof, Winter 23;4-12, 2003

PROJEKTETS FORMÅL

Forud for pilotfasen var følgende mål opstillet for projektet:

- *At opbygge et katalog der indeholder de kompetencer, der ideelt set vurderes som de mest væsentlige indenfor rollerne "samarbejder", "kommunikator" og "leder/administrator"*

Der blev opbygget et katalog over 31 prioriterede personlige kompetencer, der skulle ligge til grund for evaluering af adfærd hos lægen under uddannelse i den medicinske hverdag. Der blev opstillet en kompetenceprofil og udviklet adfærdsindikatorer for såvel læger under uddannelse som for vejlederrollen.

- *At udvikle og tilpasse metoden til de enkelte specialers behov*

Vejlederne deltog i tilpasningen af redskaberne til de enkelte specialer og opnåede derved systemkendskab og erfaring med 360°-feedback.

- *At autorisere vejlederne til at kunne give 360°-feedback*

Vejlederne blev uddannet til at kunne give 360°-feedback og opstille handlingsplaner for lægen under uddannelse. Vejlederne gennemgik selv en 360°-feedback og fik herved indsigt i metodens muligheder og begrænsninger.

- *At implementere 360°-feedback på de deltagende afdelinger*

Der skulle indhentes erfaring med og skabes ny viden omkring implementeringen af 360°-feedback som metode til evaluering af de personlige kompetencer (hvordan er du som læge - hvordan du samarbejder - hvordan du kommunikerer osv.) i den lægelige videreuddannelse.

- *At arbejde tids-effektivt og ressourcesparende med 360°-feedback*

Et web-baseret redskab blev anvendt, som skulle være fleksibelt, velstruktureret og validt for at give vejlederne et konstruktivt grundlag for samtaler med læger under uddannelse.

De langsigtede mål var således:

At uddanne læger der mestrer en flerhed af kompetencer;

At lægen under uddannelse får indsigt i og ansvar for egen udvikling;

At styrke vejlederens "evner" til at give konstruktiv feedback;

At skabe bedre kollegialitet og trivsel;

At styrke tværfagligt samarbejde;

At bedre behandlingen af patienterne.

Mål

Pilotprojektet havde følgende mål:

-At implementere 360°-feedback på de deltagende afdelinger. Effektmålet var at alle læger under uddannelse i projektperioden fik foretaget en 360°-feedback. Dette mål skulle monitoreres ved spørgeskemaundersøgelse og opfølgning, herunder hvordan afdelingen planlagde at arbejde videre med metoden.

-At læger under uddannelse oplevede et kompetenceløft vedr. de personlige kompetencer. Effektmålet var at der blev opstillet aftaler/planer for lægen under uddannelse og at disse blev fulgt. Det skulle monitoreres om handlingsplanerne blev effektueret.

-At kvalificere vejlederne til at kunne foretage en 360°-feedback, give en konstruktiv feedback og opstille handlingsplaner for, hvordan lægen under uddannelse skulle arbejde med sin personlige adfærd og samspillet med patienter og kolleger. Effektmålet var, at alle vejledere opnåede certificering til at foretage 360°-feedback.

-At følge vejlederens egen udvikling. Effektmålet var, at vejlederne efter projektperioden skulle vurdere/opleve, at de mestrede rollen som vejleder bedre end tidligere. Dette mål skulle monitoreres ved spørgeskemaundersøgelse og interview samt ved at vejlederne gennemgik en 360°-feedback ved starten og slutningen af projektet.

-At redskabet 360°-feedback blev implementeret i organisationen efter projektperioden. Effektmålet var at redskabet blev implementeret og forankret i de deltagende afdelinger og blev anvendt til forbedring af den lægelige videreuddannelse på alle niveauer.

Projektets indhold og aktiviteter

Alle afdelinger ved Skejby Sygehus samt de gynækologisk-obstetriske afdelinger ved Silkeborg og Randers Centralsygehuse blev tilbudt at deltage. Følgende afdelinger endte ved Skejby Sygehus med at deltage i projektet: Gynækologisk-obstetrisk afd. Y; Urinkirurgisk afd. K; Hjertemedicinsk afd. B; Infektionsmedicinsk afd. Q; Anæstesiologisk afd. I; og Hjerte-lunge-kirurgisk afd. T, Thoraxkirurgisk sektion.

Deltagende afdelinger valgte to personer, der var interesserede i at arbejde med 360°-feedback. Typisk var det centrale vejledere i afdelingen eller den uddannelsesansvarlige overlæge. Projektgruppen tilpassede sammen med 360°-vejlederne og de to tilknyttede eksterne konsulenter en web-baseret model for 360°-feedback til anvendelse for hhv. 360°-vejledere og yngre læger i den lægelige videreuddannelse.

Projektets faser

Pilotprojektet var planlagt gennemført i faser, som følger:

1. Opbygning af et brutto-kompetencekatalog med vægt på de væsentligste kompetencer indenfor rollerne "samarbejder", "kommunikator" og "leder/administrator"

Arbejdet blev foretaget i en workshop med deltagelse af seks personer med særligt kendskab til målbeskrivelsesarbejdet og/eller kendskab til de personlige kompetencer i den lægelige videreuddannelse. De to eksterne konsulenter fungerede som proceskonsulenter på en mødedag; herefter foregik arbejde via mail-korrespondance og et efterfølgende halvdags møde mellem projektgruppen og de eksterne konsulenter.

Udviklingsarbejdet var baseret på definitionen af lægeroller i Speciallægekommissionens betænkning.⁴ Der blev opbygget et brutto-kompetencekatalog ud fra en vurdering af de væsentligste kompetencer inden for rollerne "samarbejder", "kommunikator" og "leder/administrator". Der skulle udvælges 25-35 af de kompetencer, der var de vigtigste i evalueringen af adfærd hos lægen under uddannelse i den medicinske hverdag. De enkelte specialer havde derved mulighed for at vælge netop de kompetencer, der passede til eget speciale.

2. Undervisning vedr. 360°-feedback, feedback og kommunikative redskaber

Vejlederen fik teoretisk undervisning i 360°-feedback og systemkendskab. Herefter udviklede 360°-vejlederne en spørgeramme for feedback til 360°-vejledere ud fra bruttokompetencekataloget. De definerede endvidere respondentgrupper (yngre læger, speciallæger, plejepersonale, en andre-gruppe og "kendt leder"). Der blev nedsat tre grupper (en gynækolog-gruppe (Y, SC, RC), en mediciner-gruppe (B og Q) samt en kirurg-gruppe (I, T og K). Der blev anvendt en procestavle, hvor kompetencer blev gennemgået for at sikre at alle tre roller (samarbejder, kommunikator, leder/administrator) var repræsenteret. Alle 360°-vejledere blev evalueret efter den netop udviklede 360°-vejleder-spørgeramme (1 dag).

3. 360°-feedback til vejlederne. Der skulle gives individuel tilbagemelding fra eksternt konsulent, herunder udarbejdelse af handlingsplan for den enkelte vejleder (ca. 2 timer pr. vejleder).

⁴ *Fremtidens Speciallæge*. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. Sundhedsministeriet, maj 2000.

Vejlederne fik 360°-feedback for at sikre, at den, der skulle give feedback, selv havde prøvet det. Der blev givet individuel tilbagemelding fra ekstern konsulent, herunder udarbejdelse af handlingsplan for den enkelte vejleder (2 timer pr vejleder).

4. Udvikling af 360°-evaluering af yngre læger

Projektdeltagerne valgte ud fra kataloget hvilke 12 kompetencer, der skulle indgå i den 360°-feedback, der skulle anvendes overfor læger under uddannelse. Der blev nedsat tre grupper (kirurgi, medicin og gynækologi). Processen var som ovenfor beskrevet for udvikling af vejlederfeedback. Af de 12 udvalgte kompetencer var 6 identiske på tværs af specialerne.

Som respondenter valgtes 1) yngre læger, 2) speciallæger (gerne inkl. den yngre læges kliniske vejleder, men ikke 360°-vejlederen), 3) plejepersonale og 4) en gruppe "andre" (fx jordemødre, laboranter, en speciel gruppe af sygeplejersker); "kendt leder" – dvs. den ledende overlæge – blev modsat for vejlederne fravalgt som respondent idet mange ikke arbejder sammen med den yngre læge. Det blev besluttet at 360°-vejlederne kunne tilbyde metoden til alle yngre læger (turnus, I-læger, H-forløb, overgangsordning, læger i almen praksis blokke) i de respektive afdelinger (½ dag).

5. Udformning af etiske spilleregler og informationsstrategi på afdelingerne

Som led i procesarbejdet udarbejdede hver afdeling et oplæg til information i afdelingen om metoden. Der blev udviklet rammer for den mundtlige feedback, etiske spilleregler, ejerskab til den skriftlige rapport, inddragelse af den yngre læges vejledere og den ledende overlæge, håndtering af svære rapporter og datasikkerhed med inddragelse af erhvervspsykolog Helle Lehman som repræsentant for sygehus-administrationen. Der blev udarbejdet et sæt fælles spilleregler (Anneks 2), mens informationsstrategien var forskellig for de deltagende afdelinger (½ dags møde mellem 360°-vejledere, projektgruppe, eksterne konsulenter og Helle Lehman).

6. Certificering i metode og feedback-givning

Efter egen 360°-feedback blev der afholdt en dag med undervisning omkring 360°-feedback og kommunikative redskaber. Der blev udarbejdet et skrift med "fif" til den tekniske implementering samt foreslået en model for strukturen omkring den mundtlige feedback med fokus på de udviklende aspekter i metoden (udarbejdelse af handlingsplaner/indsatsområder).

360°-vejlederne blev opfordret til at træne i metoden på en relevant forsøgsperson. De fik tilbud om at modtage direkte supervision af feedbacksituationen fra de eksterne konsulenter svarende til ca. to timer per afdeling.

7. I projektet var planlagt en ny 360°-feedback til vejlederne. En senere rundspørge til 360°-vejlederne viste at de ikke ønskede dette, og det blev derfor ikke gennemført.

8. Opsamlingsdag med evaluering, opfølgning og evt. justering af metoden med deltagelse af ekstern konsulent. Herudover to timers undervisning i "coaching" (1 dag).

9. Implementering af metoden på de enkelte afdelinger, hvor der var mulighed for backup fra ekstern konsulent. Uddannelsessøgende skulle sammen med vejleder udvælge respondenter.

10. Evaluering af projektet ved ekstern konsulent. Nærværende rapport udgør denne evaluering.

360°-FEEDBACK PROCESSEN

På baggrund af udviklingen af redskaber blev følgende proces etableret for gennemførelsen af 360°-feedback i pilotprojektet:

1. 360°-vejleder informerer den yngre læge om metoden og opretter den yngre læge i systemet. Der aftales ideelt set tidspunkt for den mundtlige feedback

2. Den yngre læge vælger selv respondenter, fremskaffer email-adresser og kontakter evt. respondenterne personligt inden oprettelse i systemet.
3. Respondenter modtager herefter en email med login-kode. Svarerne er anonyme for alle parter.
4. Den yngre læge og 360°-vejleder kan følge, om respondenterne svarer og har endvidere mulighed for at udsende påmindelser per email i systemet, hvis der ikke er indkommet svar indenfor ca. 14 dage.
5. Data kan genereres når der er indkommet svar fra minimum tre respondenter i hver gruppe. Hvis <3 respondenter svarer udgår denne respondentgruppe fra den samlede evaluering og præsenteres som N/A. Frie kommentarer medtages dog.
6. 360°-vejleder giver tilbagemelding til den yngre læge
7. Der udarbejdes en individuel handlingsplan med aftale om tidsramme for opfølgning.
8. Opfølgning i henhold til aftalte mål, samt evt. ny 360°-feedback.

DENNE EVALUERINGS FORMÅL

Det er formålet med evaluering af projektet ”360°-evaluering i speciallæge-uddannelse” at besvare følgende spørgsmål:

- 1) Har projektet overordnet nået de på forhånd opstillede mål?
- 2) Vurdering af projektets redskaber
 - a. Hvordan vurderer brugerne redskabets praktiske anvendelighed?
 - b. Vurderer vejledere og læger under uddannelse at metoden er en hjælp?
 - c. Hvorledes er ejerskabet af projektet distribueret?
 - d. Hvorledes fungerer de opstillede handlingsplaner?
 - e. Er metoden blevet institutionaliseret i tilstrækkelig grad i løbet af projektperioden?
 - f. I hvilket omfang er metoden faktisk blevet anvendt?
 - g. Hvordan vurderes vejlederes og 360°-evaluerede lægers indsats i forbindelse med vejledning?
- 3) Vurdering af implementeringsprocessen
 - a. Hvilke holdninger findes til projektet på de deltagende afdelinger?
 - b. Hvilken rolle har de eksterne konsulenter haft under implementeringen?
 - c. Hvilke erfaringer har projektets ’tovholdere’ gjort sig under implementeringen?
- 4) Levedygtighed
 - a. Hvad er de økonomiske konsekvenser af 360°-feedback på længere sigt?
 - b. Hvad er de uddannelsesmæssige konsekvenser af 360°-feedback for lægelig videreuddannelse?
 - c. Politisk ejerskab – hvorledes forholder forskellige ledelsesniveauer sig til 360°-feedback?
- 5) Ethiske aspekter
 - a. Hvilken rolle spiller anonymitet i 360°-feedback?
 - b. Hvorledes opfattes 360°-feedback at have betydning for ansættelsesforhold (om nogen)?
- 6) Metodens evt. afsmittende virkning på afdelingers arbejdskultur

- a. Har implementering af 360°-feedback i projektperioden påvirket afdelingers arbejdskultur og kommunikationsstruktur positivt eller negativt?
- 7) Projektets informationskomponent
 - a. Har deltagere i forskellige funktioner følt sig tilstrækkeligt informeret om 360°-feedbackprojektets formål og proces?
- 8) Egnethed i forhold til variation mellem afdelinger
 - a. Har 360°-feedbacks redskaber og implementering i tilstrækkelig grad tilgodeset variation mellem forskellige afdelinger hvad angår speciale og arbejdskultur?

METODE

Evalueringen var primært interviewbaseret. Der blev anvendt en kombination af strukturerede og semistrukturerede individuelle interviews. Interviewguides blev udviklet specifikt for hver gruppe af deltagere (Anneks 4-7). Udvalgte nøglepersoner har ført 'dagbog' i projektperioden (dagbogsformat i Anneks 8).

Interviews blev optaget på MP3-optager, transskriberet og kodet med anvendelse af software til kvalitativ analyse (Nvivo v.2) (Indekssystem anvendt til kodning af kvalitative data i Anneks 9). Interviews var fortrolige og alle deltagere blev lovet anonymitet på nær cheflægen og leder af personaleafdelingen samt de eksterne konsulenter på grund af arbejdsfunktionens specificitet.

Endvidere har evalueringen inddraget en analyse af det oplysningsmateriale og de redskaber, deltagerne har anvendt i forbindelse med 360°-feedback.

Evalueringen inddrog alle deltagende afdelinger på sygehusene i hhv. Skejby, Randers og Silkeborg. Deltagergrupper i projektet inkluderede læger under uddannelse, 360° certificerede vejledere, respondenter, ledelse samt eksterne konsulenter. Lodtrækning blev anvendt ved udvælgelse af deltagende læger under uddannelse og respondenter, dog således at alle deltagende afdelinger og en passende variation af personalegrupper blandt respondenter blev opnået. Øvrige personer deltog i evalueringen i kraft af deres specifikke funktion i forhold til projektet.

<i>Funktion</i>	<i>Forventet antal i projektet</i>	<i>Planlagt deltagelse i evaluering</i>	<i>Faktisk deltagelse i evaluering</i>
Læger under uddannelse	50	20	18
360°-certificerede	16	16	14
Respondenter	500	21	11 (43)
Eksterne konsulenter	2	2	2
Ledelse ⁵	-	10	7
I alt	-	69	52 (84)

Tabel 1: Planlagt og faktisk deltagelse i evaluering

Som det fremgår af Tabel 1, blev der gennemført interviews med 52 af de planlagte 69 deltagere. I de fleste tilfælde, hvor interviews ikke kunne gennemføres, var der tale om, at den pågældende ikke længere var tilknyttet afdelingen/sygehuset eller var bortrejst/på ferie gennem hele dataindsamlingsperioden. Svarematerialet viste sig at være så homogent, at det ikke skønnedes nødvendigt at supplere med nye deltagere. Den væsentligste afvigelse mellem planlagt og faktisk

⁵ Ledende overlæger ved Afd. T samt gynækologiske afdelinger SC og RC blev ikke interviewet. Foruden alle andre deltagende afdelinger indgik personalechef Helle Lehman og cheflæge Kristjar Skajaa, Skejby Sygehus.

deltagelse var for respondenter, dvs. de personer der havde evalueret læger under uddannelse. Dels var der mindre interesse for at deltage i denne evaluering blandt ikke-lægelige respondenter, fordi mange ikke følte de 'vidste nok om 360°-feedback' til at bidrage, dels viste det sig, at alle øvrige deltagere i kategorierne 'læger under uddannelse' og '360°-certificerede' også havde været respondenter og derfor også kunne besvare de relevante spørgsmål i forhold hertil. Tælles disse med, er det faktiske antal respondentinterviews 43. Derfor var det heller ikke nødvendigt at supplere med yderligere respondentinterviews.

RESULTATER

VURDERING AF ANVENDTE REDSKABER

INTERNETDELEN: BRUGERFLADE

Alle respondenter (i alle deltagerkategorier) syntes, at brugerfladen var meget nem at anvende og at de små usikkerhedsmomenter, der kunne være i begyndelsen, nemt lod sig løse enten ved at spørge andre på afdelingen eller ved at spørge Projektgruppen.

På nogle afdelinger syntes nogle læger under uddannelse dog, det havde været lidt besværligt at få fat i email-adresser på respondenter. Det hang sammen med, at ikke alle respondenter checkede deres arbejdsmail jævnligt, og at lægen under uddannelse derfor var nødt til at få fat i deres private email-adresser. Andre læger under uddannelse fandt ikke, at det var noget problem at få disse mailadresser, når de alligevel skulle spørge de pågældende om de havde lyst til at deltage som respondenter. I langt de fleste tilfælde valgte den pågældende yngre læge under alle omstændigheder at tage kontakt til respondenterne mundtligt forud for tilsendelse af email. Det oplevedes således primært som en flaskehals for yngre læger som, hvis de havde haft email-adresserne, alene ville have henvendt sig via email. Implementeres 360°-feedback efter pilotfasen, bliver indrullering af respondenter antageligt en rutine, og det vil måske i så fald være mindre nødvendigt at tage mundtlig kontakt til respondenter. I så fald vil det være en fordel, hvis email er en integreret del af arbejdskulturen, og hvis der er let adgang til at finde alles email-adresser, uanset om man anvender arbejds- eller privat email-adresse. Dette synes således at være et overgangsproblem, der er knyttet til integrering af anvendelse af email på alle afdelinger og for alt relevant personale. Dette udelukker naturligvis ikke, at yngre læger, der foretrækker at rette mundtlig henvendelse først, stadig gør dette.

SPØRGESKEMAET TIL RESPONDENTER

Spørgeskemaet til respondenter blev udviklet i samarbejde mellem projektgruppen og uddannelsesansvarlige repræsentanter for de deltagende afdelinger. Det var i princippet muligt at skræddersy spørgeskemaet til den enkelte afdeling, men det blev besluttet at det fælles spørgeskema skulle anvendes i pilotfasen. Den efterfølgende vurdering var at der ikke var stor variation mellem afdelingerne, fordi det er personlige kompetencer som vurderes.

Denne evaluering har fundet, at den generelle vurdering var at spørgsmålene var klare og letforståelige, og at de generelt var relevante for lægen under uddannelses. Dette generelle billede nuanceres dog af nogle respondenter, og svarkategorierne til spørgsmålene opleves generelt som problematiske. Svarkategorierne diskuteres først, fordi de har konsekvenser for visse problemer vedr. spørgsmål. Figur 2 nedenfor viser introduktionssiden for respondenter. Her opsummeres svarkategorierne.

START FEEDBACK

Tak fordi du vil tage dig tid til at give feedback til <navn>.

HVORDAN DU AFGIVER FEEDBACK

Du skal på de følgende sider afgive din feedback til <navn>. Hver gang du går til næste eller forrige side, bliver dine valg gemt. Hvis du bliver afbrudt undervejs, kan du derfor nemt vende tilbage senere.

Du bliver præsenteret for et antal udsagn. Vælg den beskrivelse i feedback skalaen, der passer bedst på <navn> efter din mening.

Det er følgende skala der skal bruges til at afgive feedback.

NB: Er det ikke muligt for dig at svare - vælges: *Intet svar*.

N/A Intet svar

- 1 Næsten aldrig
- 2 Sjældent
- 3 Af og til
- 4 Oftest
- 5 Altid

Side 1 af 15. Gå til:

Næste >>

Du er nu 0% færdig.

Figur 2: Introduktionsside til respondenter

Et stort flertal af de interviewede deltagere havde problemer med kategorien 'Altid' som – måske fordi de fleste deltagere havde rod i en jysk tradition hvor beskedenhed er en dyd – opfattedes som absolut. De fandt, at der var for stor afstand mellem den bedste (=100%) og den næstbedste (>50%) kategori, og at det var umuligt at give 5 selv hvis man syntes den pågældende yngre læge var meget god indenfor en given kompetence. Analysen peger på, at der var to grupper af respondenter – en, som aldrig svarer 'Altid', og en som fortolker 'Altid' som 'Næsten altid'. Det er ikke hensigtsmæssigt at have systematisk uensartede fortolkninger af svarkategorierne blandt respondenterne. Det ville derfor være meget mere tilfredsstillende hvis den optimale kategori blev ændret til 'Næsten altid' så den svarede til den pessimale kategori ('Næsten aldrig'). Alternativt kan man indføre to yderligere trin på skalaen, således at "Næsten altid" indføres mellem "Oftest" og "Altid", og "Aldrig" tilføjes som ny pessimale kategori.

Et andet ganske omfattende problem var, at mange respondenter valgte at svare på spørgsmål, som de konkret ikke kunne have kendskab til, baseret på deres generelle opfattelse af den pågældende person under evaluering. Mange valgte nogle gange at svare, andre gange at vælge N/A. Det var en udbredt opfattelse, at hvis den pågældende skulle kunne bruge deres input, var de jo nødt til at svare. Det er i direkte modstrid med intentionen i 360°-feedback og med den information, lægen under uddannelse får i feedback-rapporten, hvor det hedder "Dine respondenter har givet feedback på *Hvad de ser - og ikke på hvad de mener eller tror.*" Enkelte havde spurgt den uddannelsesansvarlige eller projektgruppen og fået at vide, at de ikke skulle svare, hvis

de ikke havde konkret kendskab til den pågældende kompetence, men evalueringen peger med stor tydelighed på, at der er behov for bedre information til alle kategorier af respondenter hvad dette angår. Ligeledes bør formuleringen på introduktionssiden ”NB: Er det ikke muligt for dig at svare - vælges: Intet svar.” ændres, eksempelvis til ”NB: Hvis du ikke har konkret samarbejds erfaring med [navn] i forhold til det enkelte spørgsmål, skal du vælge: Intet svar.” Dette kan med fordel skrives på hver enkelt side med spørgsmål i spørgeskemaet.

Denne evaluering har primært forholdt sig til to forhold vedrørende spørgsmålene, nemlig om de er klart formulerede, og om respondenterne forstår hvordan de skal svare på dem. De fleste spørgsmål opfattes som klart formulerede. Dog var der ganske mange deltagere, som kunne huske at de havde haft fortolkningsspørgsmål til nogle spørgsmål uden at de på interviewtidspunktet altid var i stand til at præcisere hvilke spørgsmål det drejede sig om. En række spørgsmål er nedenfor fremhævet som problematiske, og der er angivet nogle løsningsforslag, som kan danne baggrund for videre afpudsning:

”Samarbejde”

- ”beder om input fra andre”

Problem: Det er uklart, om svarkategorien ”Altid” altid er det optimale svar. I dette tilfælde synes mange, at det er optimalt ”af og til” at bede om input fra andre, hvorimod man fremstår som inkompetent hvis man ”altid” gør det.

Forslag: Ændring af formulering til ”beder om input fra andre når det er relevant”

”Håndtering af kritik”

- ”giver konstruktiv kritik”

Problem: Der er underforstået to spørgsmål her; overhovedet at give kritik, og, når man giver kritik, hvorvidt kritikken er konstruktiv. Man vil således score dårligt, hvis man aldrig giver kritik, og hvis man eksempelvis giver for meget kritik, men dette ikke opleves konstruktivt. Dette er ikke primært et problem for testen, men skaber usikkerhed for nogle respondenter.

Forslag: Man kunne indføre en ”hjælpefunktion” i programmet, så man til spørgsmålet kunne åbne et eksempel eller en vejledende fortolkning.

”Stress-tolerance”

- ”beder om hjælp ved store belastninger”

Problem: Læger arbejder regelmæssigt under store belastninger og udtrykte en forventning om at kunne klare disse i et rimeligt omfang. Det blev derfor ikke opfattet som entydigt negativt *ikke* at bede om hjælp ved store belastninger.

Forslag: Ændring af formulering til ”beder om hjælp ved for store belastninger”

”Kommunikation”

- ”sætter sig ind i andres tilgang og i fremmede kulturer”

Problem: Der er to problemer her. For det første rummer spørgsmålet to helt forskellige spørgsmål, og man kunne i princippet ønske at svare benægtende til det ene og positivt på det andet. For det andet er det ”at sætte sig ind i fremmede kulturer” ikke et indlysende krav i speciallægeuddannelsen og formuleringen forekommer meget bred og uspecifik. Til sammenligning hedder det om kommunikator-rollen i Speciallægekommisionens betænkning⁶ at speciallægen skal ”indsamle information – ikke kun om sygdom, men også om patientens forestillinger, bekymringer og forventninger angående aktuelle sygdom og overveje betydningen af faktorer såsom patients alder, køn, etnisk, kulturel og socioøkonomisk baggrund og åndelige værdier”. Endvidere skal lægen ”kunne samarbejde med personer, hvor kommunikation kan være vanskelig på grund af psykisk afvigelse eller anden etnisk-kulturel baggrund”. Mens disse formuleringer er for omfattende og komplicerede til at indgå i 360°-feedbacks-spørgeskemaet, viser de, at det ikke er almen

⁶ *Fremtidens Speciallæge*. Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1384. Sundhedsministeriet, maj 2000.

kendskab til andre kulturer, der kan udgøre kompetencen, men evnen til generelt at kunne og ville sætte sig ind i andres forståelsesmæssige baggrund, uanset hvad denne er i det konkrete tilfælde.

Forslag: Ændring af formulering til ”sætter sig ind i andres værdier og baggrund”.

”Ansvarlighed overfor kolleger & andre personalegrupper”

- ”kommer til tiden”

Problem: Dette spørgsmål blev forstået som ”møder til tiden om morgenen”. Hvis det er tilsigtet, er der ikke noget problem. Hvis der menes ”kommer til aftalt tid” til møder o. lign., (generel punktlighed) bør spørgsmålet ændres. I den nuværende udformning føler mange respondenter, at de ikke kan svare fyldestgørende fordi de ikke ved, hvornår den pågældende møder/skal møde om morgenen.

”Ansvarlighed overfor patienter”

- ”overholder aftaler med patienter”
- ”følger op på patientforløb”
- ”indgår realistiske aftaler med patienten”

Problem: Disse tre spørgsmål er svære at svare på for de fleste respondenter, fordi meget få har mulighed for at følge lægens forløb med patienten over tid. Typisk vil det være (nogle) sygeplejersker alene, som i almindelighed har mulighed for at svare på disse spørgsmål. Kun hvis der er identificerede problemer vil flere blive involveret. Alligevel er der en tendens til, at alle kategorier af respondenter besvarer dem.

Forslag: Revidér patientrelaterede spørgsmål med henblik på, hvad respondenterne har mulighed for at besvare, snarere end hvad der er ideelt at få at vide. Overvej at indføre kategorier af spørgsmål, som udelukkende skal besvares af bestemte kategorier af respondenter (såsom sygeplejersker, jordemødre). Mange deltagere i evalueringen fandt at det kunne være interessant at inddrage patienter i 360°-feedback, men også at det ville være praktisk besværligt og på forskellig vis problematisk i forhold til udvælgelse og proces. Der var dog generelt principiel velvillighed i forhold til at få direkte feedback fra patienter. Det er et aspekt, som man eventuelt kunne eksperimentere med at udvikle på udvalgte afdelinger, hvor de samme patienter kommer gennem længere tid og derfor udvikler et bedre kendskab til de enkelte læger (eks. Infektionsmedicinsk Afdeling Q).

”Agerer professionelt”

- ”overholder tavshedspligten”

Problem: Det er tilsyneladende meget forskelligt, hvordan forskellige respondenter opfatter tavshedspligten; nogle har en ’personlig’ fortolkning, hvor omtale af patientforhold til enhver tredjepart, der ikke direkte er involveret i behandling af den pågældende, udgør et brud på tavshedspligten, mens andre har en ’institutionel’ fortolkning, hvor tavshedspligten i princippet ikke kan brydes inden for hospitalsorganisationens regi, hvor alle principielt er bundet af den samme tavshedspligt. I så fald blev brud på tavshedspligten eksempelvis fortolket som omtale af en navngiven patients forhold til tredjepart i fritiden.

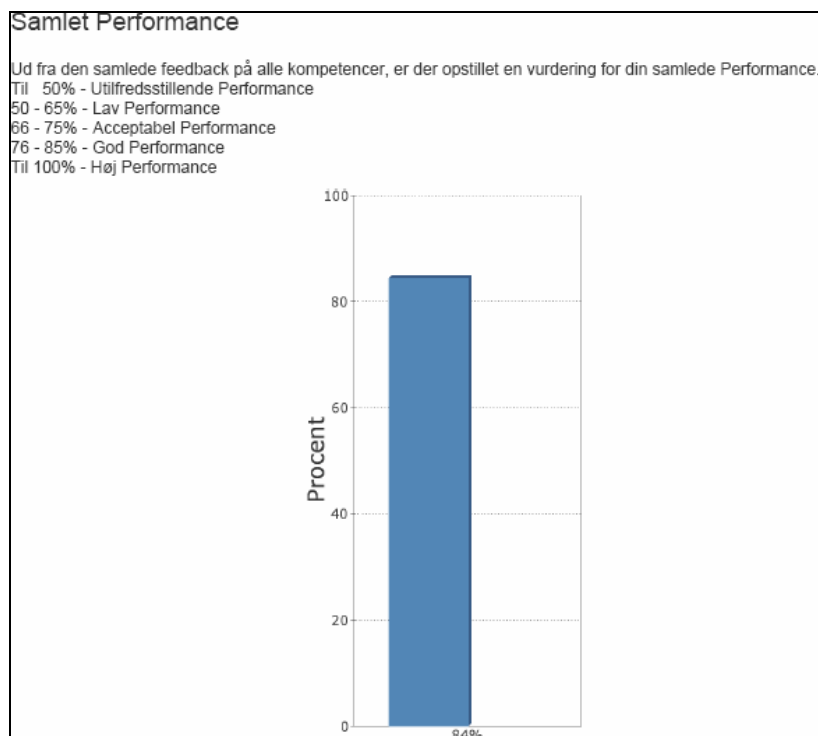
Forslag: Hvis man skaber en ”hjælpfunktion” som ovenfor foreslået kunne vejledende eksempler skabe en fælles ramme for besvarelse af spørgsmålet. Dette kunne som sidegevinst være gavnligt i forhold til etablering af en fælles forståelse af tavshedspligt på tværs af afdelinger og faggrupper.

FEEDBACK-RAPPORTEN

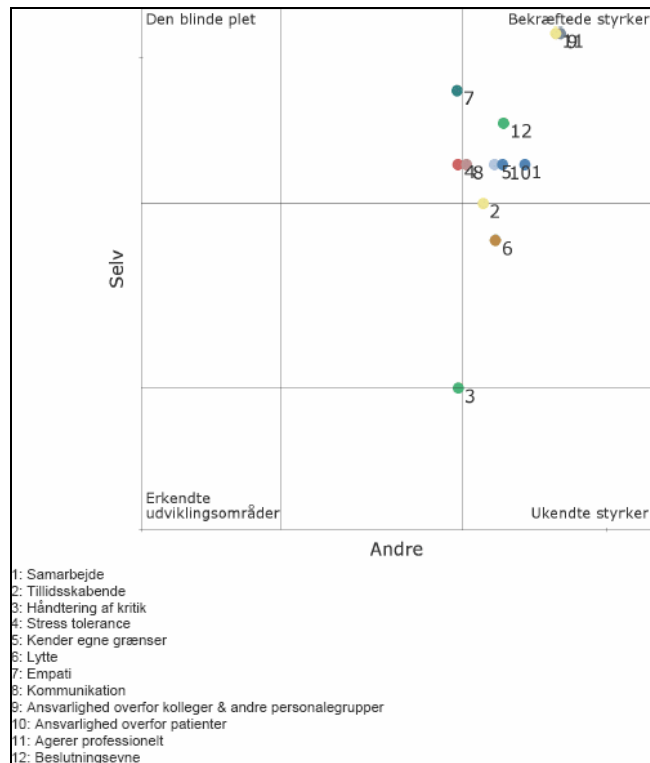
Når alle respondenter har givet feedback til den person, der gennemfører 360°-feedback, aftaler han/hun og den relevante 360°-vejleder på afdelingen et møde. Forud har 360°-vejlederen printet og gennemlæst rapporten. Ved mødets begyndelse giver 360°-vejlederen en kort læsevejledning, hvorefter lægen under uddannelse typisk har 15-30 minutter til at gennemlæse rapporten, afhængigt af 360°-vejlederens vurdering og den disponible tid. Herefter diskuteres rapportens indhold.

Rapporten er bygget op som følger:

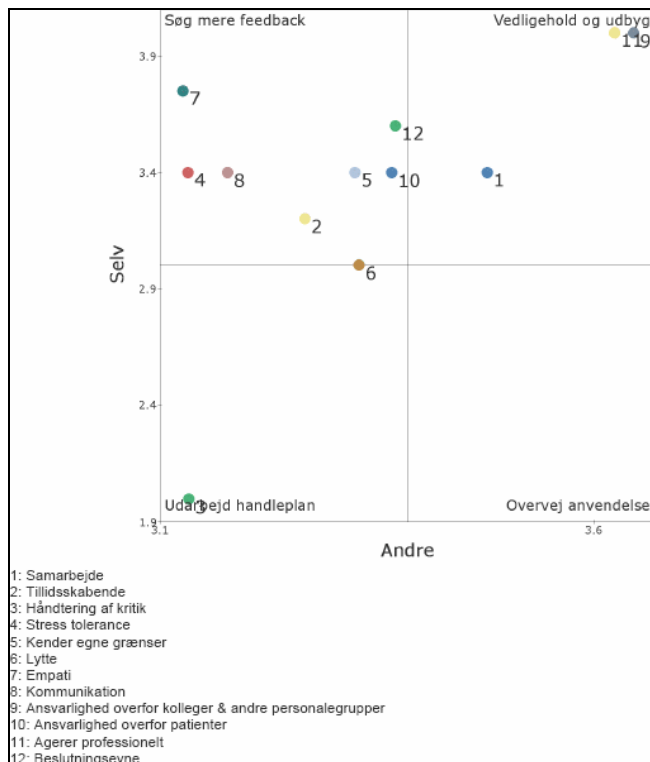
- *Introduktion*, som forbereder den, der er blevet evalueret, på rapporten. Afsnittet, der fylder én side, lægger under overskriften ”Få udbytte af din feedback” vægt på at få den evaluerede til at læse rapporten positivt uanset resultaterne (1 side)
- *Overblik over feedback-resultatet* på tre forskellige måder, dels ’samlet performance’, som er en gennemsnitsværdi af alles feedback om alle kompetencer, dels to grafer, hhv. ’Feedback Vindue’, som giver et overblik over overensstemmelse/divergens mellem egen og andres vurdering af de forskellige kompetenceområder og ’Det Zoomede Feedback Vindue’, der skalaen for grafen er tilpasset til de faktiske værdier og derfor giver et billede af personens feedback-profil baseret på det relative forhold mellem kompetencerne (3 sider).



Figur 3: Samlet performance graf

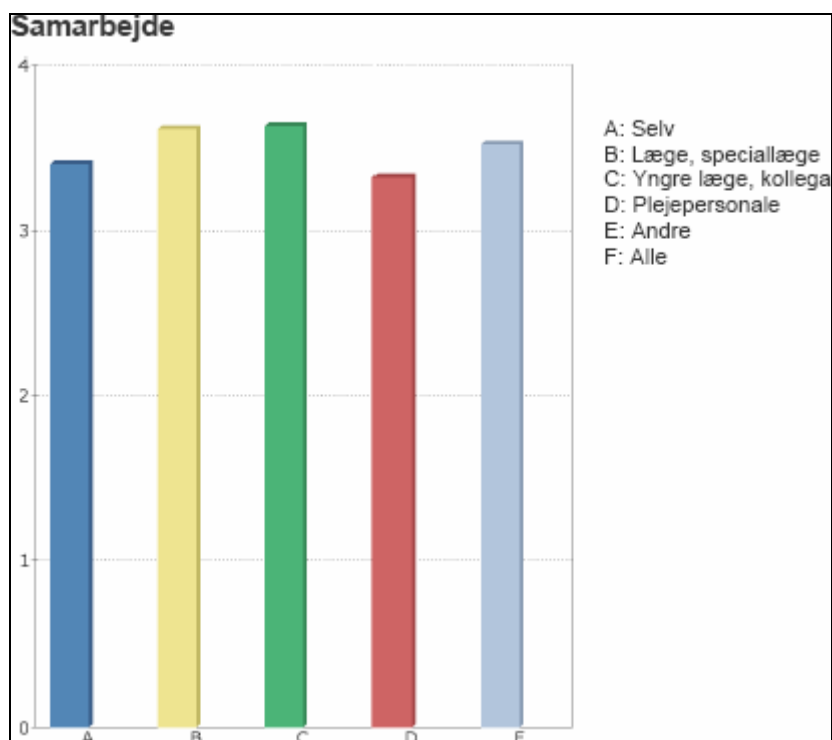


Figur 4: Feedback Vindue



Figur 5: Det Zoomede Feedback Vindue

- Hernæst følger et afsnit med *kompetenceprofiler*, hvor man kan aflæse feedback for de enkelte kompetencer i grafisk form. Graferne viser gennemsnit for de forskellige kategorier af respondenter, selv og totalt (7 sider).



Figur 6: Kompetenceprofiler

- Dernæst kommer *Gap Analyse*-afsnittet, som udgøres af hhv. positivt gap (hvor andre evaluerer kompetencerne som bedre end personen selv) og negativt gap (hvor personen selv evaluerer sig selv højere end andre gør). De består af rangordnede tabeller hvor alle spørgsmål fra spørgeskemaet er inddraget (3 sider).

	A	B	C	D	E	F
kan acceptere kritik fra andre	1,0	+2,3	+2,3	+2,4	n/a	+2,3
evner at udnytte egne ressourcer og potentialer	2,0	+1,8	+1,0	+1,3	n/a	+1,4
agerer konstruktivt på kritik	2,0	+1,3	+1,4	+1,3	n/a	+1,3
giver konstruktiv kritik	2,0	+0,8	+1,2	+0,8	n/a	+0,9
formår at samarbejde med andre afdelinger	3,0	+0,7	+0,8	+0,8	n/a	+0,7
formår at samarbejde med andre faggrupper	3,0	+0,6	+1,0	+0,5	n/a	+0,7
kan omgås andre	3,0	+0,8	+1,0	+0,2	n/a	+0,7
følger op på patientforløb	3,0	+0,8	+0,7	+0,5	n/a	+0,7
er ansvarlige under en samtale	3,0	+0,6	+1,0	+0,2	n/a	+0,6

Figur 7: Udsnit af gap-analyse

- Det følges af et langt afsnit, der viser *Spredning* af alle individuelle svar for hvert spørgsmål som respondenterne har besvaret. Man kan se, hvilken respondentgruppe de enkelte svar er afgivet af, men ikke hvilken person. (ca. 8 sider, afhængigt af antallet af respondenter)

A: Selv B: Læge, speciallæge C: Yngre læge, kollega D: Plejepersonale E: Andre		N/A: Intet svar 0: Næsten aldrig 1: Sjældent 2: Af og til 3: Oftest 4: Altid				
Samarbejde						
Svar	N/A	0	1	2	3	4
kan omgås andre	E	D			A B D	B B B B C C C C C D D D D
beder om input fra andre	E	D		B C D	B B B C C C C D D D	A B D
respekterer andres roller	E				C C	A B

Figur 8: Udsnit af spredningsanalyse

- Endelig følger de kvalitative *Kommentarer*, som respondenter har afgivet under fire kategorier: ”Denne læge bør blive ved med...”; ”Denne læge bør holde op med...”; ”Denne læge bør begynde på...”; samt ”Eventuelle yderligere kommentarer” (2-4 sider, afhængigt af antallet af respondenter og omfanget af kommentarer).

Denne læge bør blive ved med...
ar arbejde målrettet på at kvalificere sig at spørge åbent at redegøre for sine erfaringer med problematiske forløb
At arbejde energisk - som nu. At sprede en god stemning.

Figur 9: Udsnit af kommentardel

- Rapporten afsluttes med to sider, der skal hjælpe den evaluerede og 360°-vejlederen med at få det fulde udbytte af rapporten, hhv. en side til at guide Analyse - Mønstre & Spor; og en side med et format for udarbejdelse af en Handlingsplan (2 sider).

Rapporten er således typisk på 26-29 sider. Deltagerne i evalueringen finder den generelt nyttig og er imponerede over, at en så omfattende rapport så hurtigt og nemt kan genereres på grundlag af spørgeskemaet til respondenterne. Formålet med rapporten kan på baggrund af både 360°-vejlederes og 360°-evaluerede lægers opfattelser sammenfattes som: Baseret på respondenternes svar at give den evaluerede en struktureret, anonymiseret tilbagemelding, som vedkommende kan gemme og bruge fremover. Deltagerne lagde vægt på at der anvendes forskellige tilgange, som supplerer hinanden. Næsten alle gav udtryk for, at feedback-vinduerne og kommentar-delen var de to vigtigste dele af rapporten, hvorimod der var en vis spredning i forhold til andre afsnit. Nogle fandt dog, at rapporten er for lang, og at man med fordel kunne fjerne eller opstramme visse elementer, såsom afsnittet om ’Spredning’, for at gøre den mere overskuelig. Således kunne man overveje både ved spredning og ved gap-analysen at begrænse rapporten til at omfatte ’interessante’ resultater ud fra visse forudbestemte kriterier.

MUNDTLIG FEEDBACK

Overdragelsen af dens skriftlige evalueringsrapport fra den 360°-certificerede vejleder til lægen under uddannelse er ledsaget af en dialog. I alle tilfælde har forløbet været, at den certificerede vejleder havde indkaldt til samtalen, som blev indledt med, at lægen under uddannelse fik en kort læsevejledning og blev sat ind i rapportens opbygning. Derefter fik lægen under uddannelse 15-30 minutter til at studere rapporten, hvorefter den efterfølgende samtale typisk har været 30-60 minutter. Formålet med denne feedback-samtale opfattedes af de fleste læger under uddannelse som en hjælp til at fortolke rapportens resultater. Mange nævnte en tendens til, at man som 'den evaluerede' kunne overfokusere på enkelte kritiske kommentarer, som måske gør ondt eller som man ikke forstår eller er enig i. Her opfattedes det som 360°-vejlederens opgave at lægge vægt på det større perspektiv og fastholde positive aspekter ved evalueringen. Mange – både 360°-vejledere og læger under uddannelse – erfarede, at egen-evalueringen var mere kritisk eller negativ end andres evaluering, og at formålet med dialogen derfor blev at arbejde med det positive gap. Snarere end et redskab til at kontrollere eller slå lægen under uddannelse i hovedet blev erfaringen med 360°-feedback derfor i de fleste tilfælde, at lægen under uddannelse fik en positiv, systematisk feedback samt en konstruktiv kritik, som vedkommende dels kunne bruge til at opleve, at han eller hun faktisk gør sit arbejde godt, men at der også kunne være specifikke områder, som kunne forbedres. I mange tilfælde var sådanne områder knyttet til et behov for at tro mere på sig selv, og 360°-feedback kunne potentielt i sådanne tilfælde igangsætte en positiv spiral. Det var dog uden for denne evaluerings rammer at påvise omfanget eller holdbarheden heraf.

Roller som 360°-vejleder sås som forbundet til to kompetencer. For det første skulle den pågældende være meget fortrolig med rapportens opbygning, fortolkning af dens resultater og metodens begrænsninger. For det andet skulle 360°-vejlederen være i besiddelse af de fornødne personlige og tillærte egenskaber, som gjorde vedkommende til en god *coach*. Ikke overraskende oplevedes det sidste forskelligt af hhv. uddannelsessøgende og 360°-vejledere.

Læger under uddannelse lagde vægt på, at vejlederen skulle være støttende og have menneskeforståelse.

”De skal være utrolig gode til at gå på linen for at kunne vurdere, hvornår de hjælper, hvornår de er gået over strengen og hvornår de netop er inde i ens personlighed.”
(*læge under uddannelse*)

Det sås som vigtigt at 360°-vejlederne selv havde prøvet at få 360°-feedback.

Vejledere lagde stor vægt på, at de skulle kunne indgå i en afventende, mere 'tavs' rolle, hvor der gives plads til at den evaluerede selv fører ordet og når frem til, hvad der er vigtigt i rapporten, støttet af den nødvendige coaching.

Det er jo ikke små krav. Man skal kunne formulere sig relativt præcist, og [...] man kan hurtigt komme til at formulere sig forkert i den situation, hvis man lægger sine ord forkert. Det skulle gerne være sådan, at man også er i stand til ikke bare at sidde og give en anden vurdering selv, man skal også have lægen under uddannelse til at reflektere lidt over de ting, der sker, og give plads til det. Alt det der med, 'hvad synes du selv' - at de også kommer på banen. Og så jo også have en vis evne til empati, altså fornemme lidt, hvor er vedkommende henne, er det tårer han har i øjnene, eller er det bare fordi han er træt eller et eller andet, at man fornemmer, hvordan de har modtaget det her. Det kræver nogle kommunikationsevner.
(*360°-certificeret vejleder*)

Alle 360°-vejledere havde gennemgået et certificeringskursus, som introducerede dem til basale principper i coaching, men mange følte at de ved de første feedback-sessioner ikke havde

været tilstrækkeligt godt rustet til opgaven. Nogle havde valgt 'learning by doing'-metoden, mens andre havde benyttet sig af tilbudet fra projektgruppen om at bruge en ekstern konsulent, der observerede feedback-sessionen og superviserede 360°-vejlederen. De tre, der havde benyttet sig af dette, havde haft et stort udbytte af det. På den baggrund burde man i en implementeringsfase indbygge ekstern supervision for nycertificerede 360°-vejledere som en del af konceptet.

Ideelt set kunne man forestille sig, at det var hovedvejlederen, som gennemførte 360°-feedback, fordi det i bedste fald ville sikre at evalueringen blev brugt maksimalt som led i uddannelsesforløbet. 360°-dialog opfattes imidlertid af mange som afgørende forskelligt fra den kliniske vejledning, og en række forhold taler imod 'samkøring'. Det vigtigste er nok, at de særlige krav, 360°-dialogen stiller, herunder det forhold at 360°-vejlederen skal lære at indtage en helt anden rolle end han/hun normalt har i det daglige arbejde, gør, at det er nødvendigt at fastholde en vis rutine, som kun kan opnås af den enkelte 360°-vejleder med et tilstrækkeligt turn-over af læger, der skal have 360°-feedback. Endvidere kræves der som nævnt visse personlige egenskaber, som ikke alle kan forventes at være i besiddelse af, samt en positiv motivation og interesse i forhold til metoden. Det vurderes på baggrund af denne evaluering som hensigtsmæssigt at fastholde, at det primært er de uddannelsesansvarlige læger, der varetager 360°-evaluering; samtidig er der behov for, at mindst to læger er certificeret på enhver afdeling. Hvis der kun er én 360°-certificeret læge på en afdeling, er der for stor sårbarhed i systemet; samtidig er der risiko for, at en eventuel konflikt mellem denne læge og en læge under uddannelse vil påvirke udbyttet på en uheldig måde. Samtidig anbefales det, at lægen under uddannelse selv udarbejder et en-sides resume til hovedvejlederen, og at en skabelon hertil indgår bagerst i rapporten.

ER METODEN EN HJÆLP FOR VEJLEDERE OG LÆGER UNDER UDDANNELSE?

Læger under uddannelse pegede overordnet på, at det kan være en professionelt ensom oplevelse at arbejde som kursusrådgiver, fordi der på mange afdelinger er begrænset mulighed for at fungere fagligt sammen med andre læger. Der er også ofte meget travlt i dagligdagen og ikke altid tid til uformelle samtaler med lejlighed til at diskutere, hvordan man fungerer i forhold til de såkaldt 'bløde kompetencer', som reformen af speciallægeuddannelsen har fremhævet i forhold til tidligere. På den baggrund satte langt hovedparten af de adspurgte stor pris på 360°-feedback som et redskab, der på en effektiv måde kunne identificere områder, hvor man burde styrke sine kompetencer, samt områder, hvor man fungerede fint.

Et af mine kritikpunkter [vedr. 360°-feedback] har været, da sådan den første snak omkring den var fremme, det var, jeg syntes, man var meget sårbar, som yngre i det her at skulle blive eksponeret på den måde, og hvis man nu havde haft en konflikt med en sygeplejerske eller en jordmoder, så var jeg bange for, at man kunne blive ramt af det. Så det har jeg syntes, det var været et af mine kritikpunkter af det, men sådan oplevede jeg det slet ikke. Tværtimod, så oplevede jeg det som at det kan styrke én, at det har styrket mig på den måde, at ens arbejde som uddannelsessøgende er meget ensomt. Man går jo og arbejder alene, der er jo ikke nogen som ligesom kigger én over skulderen. Så man har det sådan [...] 'er det nu godt nok, det jeg gør' og 'de siger nok ikke noget, fordi jeg har lavet en masse fejl' eller et eller andet. Og der kan den her bruges til; 'jamen, det er godt nok, det jeg gør.' Det har været en rigtig positiv oplevelse. At det kan styrke en i de valg, man nu har taget i ens karriereforløb, 'jamen det kan du godt, det er godt nok.'

(læge under uddannelse)

Interviews i denne undersøgelse pegede på, at der er et selvtillidsunderskud for mange yngre læger, og at det måske kan være det væsentligste problem for nogle. 360°-feedback har potentielt en positiv effekt i forhold til dette problem ved at bekræfte styrker og afgrænse svagheder, som dermed bliver mere håndterlige. Det ville i princippet være muligt – og i forhold til arbejdsmiljø relevant - at undersøge dette spørgsmål mere detaljeret ved hjælp af en tværgående gennemgang

af de gennemførte evalueringer, men det ligger udenfor rammerne af denne evaluering og ville antageligt kræve særskilt tilladelse fra de evaluerede.

For 360°-certificerede vejledere – i særdeleshed af uddannelsesansvarlige overlæger – ses metoden som en meget tidsbesparende og økonomisk fordelagtig erstatning for den tidligere tradition med mere eller mindre tilfældigt at indhente kommentarer vedr. en yngre læge som grundlag for en udtalelse. Metoden ses som et stort skridt fremad i forhold hertil. Flere peger også på, at selve det at der foreligger en rapport, der er baseret på et større antal respondenter, som lægen under uddannelse selv har udpeget, etablerer en god platform for diskussion af 'svære emner', hvilket typisk vil være problemfelter af meget personlig karakter (empati, samarbejdsevne, etc.), som man tidligere ville have vejet uden om. De, der har diskuteret tilsvarende metoder med kolleger på andre hospitaler har også fundet, at den nuværende udformning, evt. med visse modifikationer, var at foretrække, blandt andet på grund af de fordele, det giver at bruge en web-baseret platform.

Og når jeg så hører om, hvordan kolleger gør det andre steder, så korsrer jeg mig og siger godt, jeg ikke sidder med alt det papir.

(360°-certificeret vejleder)

Samlet opfattes metoden i vid udstrækning som en hjælp af både læger under uddannelse og af 360°-vejledere. Ikke blot udgør det en effektivisering i sammenligning med eksisterende praksis, men den tilføjer systematik, fleksibilitet og struktur til evalueringsprocessen og er målrettet i forhold til kravene i den ny speciallægeuddannelse.

HANDLINGSPLANER

Som afslutning på dialogen udarbejder lægen under uddannelse i samarbejde med 360°-vejlederen en handlingsplan med fokus på identificerede udviklingsområder. Evalueringen viser, at handlingsplanen er 360°-projektets akilleshæl. En række faktorer medvirkede til, at handlingsplanerne ikke fungerede optimalt:

- Ofte var der ikke problemer, som berettiger til en handlingsplan, eller de to parter fandt ikke, at en handlingsplan var påkrævet;
- Metoden er ikke handlingsanvisende, men identificerer styrker og svagheder. Ofte var de to parter ikke i stand til at lave en plan, som var meningsfuld i forhold til identificerede udviklingsområder. Hvis utilstrækkelig empati overfor patienter eksempelvis var et udviklingsområde, havde 360°-vejlederen ingen redskaber ved hånden til at foreslå lægen under uddannelse hvad han/hun skulle gøre;
- Ofte forlod lægen under uddannelse afdelingen kort efter feedback-sessionen, hvorfor en handlingsplan ikke oplevedes som meningsfuld;
- Ofte var der ikke afsat tid til opfølgning på feedback-sessionen;
- Udarbejdelsen af en handlingsplan blev af nogle set som knyttet til hovedvejlederen.

Handlingsplanens status bør afklares forud for eventuel permanent implementering af metoden. Den skal opleves som meningsfuld for de deltagende parter, og der bør derfor være en diskussion af dens status i forbindelse med afpudsning af 360°-redskaberne. Det vil være en fordel at ændre terminologien, så man i stedet for 'handlingsplan' anvender et mindre ambitiøst begreb (eks. 'plan for opfølgning').

IMPLEMENTERING AF PILOTPROJEKTET

EJERSKAB AF PROJEKTET

Pilotfasens implementering af 360°-feedback har anvendt, hvad man kunne kalde en 'ambassadør-model', hvor de 360°-certificerede med de uddannelsesansvarlige overlæger fra de

deltagende afdelinger i spidsen har skullet stå for information til deres respektive afdelinger og for implementering af systemet, med projektgruppen som overordnet koordinator og 'tovholder'. Projektgruppen bestod af tre personer fra to afdelinger. Foruden disse deltog fire andre afdelinger ved Skejby Sygehus samt de gynækologisk-obstetriske afdelinger ved hhv. Randers Centralsygehus (RC) og Silkeborg Centralsygehus (SC).

Initiativet til projektet blev taget fra Afd. Y, Skejby Sygehus og var støttet af KUL-puljen med opbakning fra Sygehusledelsen. Den primære drivkraft i pilotfasen har været placeret i Afd. Y. Projektgruppen har imidlertid sørget for at inddrage alle deltagende afdelinger i udvikling og tilpasning af redskabet, dels for at optimere redskabet, dels for at sprede ejerskab til projektet over de deltagende afdelinger.

Tabel 2 nedenfor giver en oversigt over projektets organisering og gennemførelsesfrekvens.

Afdeling	Uro K	Tho T	Inf Q	Hjerte B	Anæ I	Gyn Y	Gyn SC	Gyn RC	I alt
Deltagelse i Projektgruppe	-	-	-	-	1	2	-	-	3
Antal 360°-vejledere	1	1	2	2	4	2	2	2	16
Forventet antal 360°-evaluerede*	6	6	6	11	5	9	4	5	52
Faktisk antal 360°-evaluerede	3	7	4	1 (5 startet) **	8	11	6	6	46
Antal mulige, ikke gennemførte 360°-evaluerede ⁷	2 tur, 1 I ****	1-H (for få respondenter)	2 tur, 1 I, 1 H ****	2 I***, 4 H ****	1 H ***	0	1 I***	4 AP ****	19
*) Pilotprojektperioden blev forlænget med 2½ md. til 15. marts 2006, hvorfor faktisk antal kunne overgå forventede antal. **) ved afslutning af projektet 15. marts 2006 havde kun en læge fået mundtlig feedback, mens fire læger har gennemført de øvrige trin. ***) sat i gang sept. 2005 – aldrig kommet i gang med at indtaste respondenter ****) aldrig sat i gang Tur=tunuslæge; I=Introduktionsforløb; H=Hoveduddannelsesforløb; AP=Almen praksis.									

Tabel 2: Oversigt over afdelingers involvering i projektgruppe, antal 360°-certificerede, samt forventet, faktisk og mulig inklusion af yngre læger i 360°-feedback

Det fremgår af oversigten, at fem af de otte afdelinger (I, Y, SC, RC og T) i høj grad indfrie forventningerne hvad angår antal læger under uddannelse, der har fået 360°-feedback; to afdelinger indfrie i nogen grad forventningerne (Q og K), og én afdeling indfrie ikke forventningerne (B).

Mønstret afspejler en række faktorer, som hver for sig har påvirket implementeringsprocessen i positiv eller negativ retning. De er sammenfattet nedenfor:

⁷ Afd B forventede at tilbyde metoden til alle 1. reservelæger i overgangsordning, hovedforløb og introduktionsforløb, men ændrede holdning i november 2005 og nedjusterede forventningen til syv. Afd I og Y inkluderede som udgangspunkt alle undtagen AP-læger. Afd Q og K valgte bevidst turnuslæger fra. Gyn. Afd., SC, valgte at inkludere AP-læger på trods af kun 6 mdrs. ansættelse i afdelingen. Randers traf det modsatte valg.

Afdelingskultur

Det er beskrevet, at forskellige specialer bærer forskellige traditioner med mere eller mindre forskellige værdisæt.⁸ 360°-feedback er tæt knyttet til den ny speciallægeuddannelse, som lægger væsentligt større vægt på såkaldt 'bløde' værdier, end det tidligere har været tilfældet. Reformen af speciallægeuddannelsen er blevet forskelligt modtaget af både yngre og seniøre læger, og selvom denne evaluering ikke systematisk har studeret hvorledes dette mønster fordeler sig på afdelingsniveau (bl.a. i kraft af at overlægegrupperne ikke bredt er blevet interviewet, hvis de ikke har været involveret i projektet, og fordi afdelinger, som ikke har deltaget i 360°-projektet, ikke er blevet inkluderet), så afspejler svarene fra deltagerne i denne undersøgelse i vid udstrækning hvorledes fagtraditioner påvirker opfattelsen af speciallægeuddannelsen og dermed af 360°-feedback. De følgende tre citater illustrerer forskelle i holdning både hos den der udtaler sig og direkte eller indirekte for vedkommendes afdeling. Det første citat stammer fra en af de få, som var imod både den ny speciallægeuddannelse og anvendelsen af 360°-feedback og som dermed var 'undtagelsen, der bekræfter reglen':

Der sidder nogen i en eller anden styrelse et eller andet sted, og så vil de gerne tage ansvar, og de vil gerne presse deres opfattelse af, hvordan man skal være, ned over alle os praktikere. Og det er jo en slags adfærdsregulering, og det er det allerede, når man søger optagelse på speciallægeuddannelsen, for så skal man igennem... kvalificere sig på en masse punkter, der lever op til de her syv lægeroller. Jeg synes, at man skal være enormt pædagogisk og jeg underviser en masse og forsøger at være enormt pædagogisk hvis man skal kommunikere. Jeg synes man skal udvise lederegenskaber, og jeg synes, man skal gøre alle de andre ting, som falder inden for rammerne af de her syv lægeroller. Men jeg synes, det er gustent, at man tager de der ting som gidsel i et fagpolitisk forsøg på at lave den nye læge. Og i det lys ser jeg lidt 360°-feedback.

(læge under uddannelse)

Det næste citat beskriver oplevelsen af modstand på en afdeling:

Der er jo stor forskel på, hvad man mener om uddannelse og uddannelsesbestræbelser, hvor meget man skal gøre ud af at hjælpe folk til at få en uddannelse. Der er jo mange af de ældre kolleger, som mener, at 'uddannelse, det er noget, man tager. Bare tag og luk røven og kom i gang.' Ikke så meget føleri og snak, bare arbejde. Det hele blev ødelagt i '89-overenskomsten, hvor vi sagde, vi kun ville arbejde 37 timer om ugen. Så 'hvis nu I bare arbejdede ligesom vi gjorde, da vi var børn, så skulle I nok finde ud af...' Altså, det er da uheldigt, at der er nogle, som ofte mod bedre vidende er meget fordomsfulde og også nogle, der er meget ligeglade, indifferente og negligante, det er da ærgerligt, men... Jeg tror specielt 360°-feedback af mange i hvert fald i udgangspunktet blev opfattet som noget helt uvidenskabeligt [...] 'sådan noget føleri' og 'hvad kan man bruge det til?' og 'hvor godt dokumenteret er det?' og 'hvad er reproducerbarheden og validiteten' og 'hvem har bevist, at det er et godt system?' og sådan noget... Jeg tror, man har accepteret, at det er sådan det er, og det er en del af den nye speciallægeuddannelse, som man i øvrigt også synes er vanvittig og fuldstændig tåbelig og ødelægger det hele, men altså 'det er bare endnu en brik i det håbløse system.'

(360°-certificeret vejleder)

Endelig kan nedenstående citat karakteriseres som typisk for de fleste af deltagerne i undersøgelsen i kraft af sin generelle positive holdning og accept af de implicite krav til den ny speciallæge:

⁸ Se eks. Good, Mary-Jo DelVecchio. *American Medicine: The Quest for Competence*. Berkeley: University of California Press, c1995

Jeg synes, metoden er universel, dvs. den dækker i forskellige sammenhænge, i alle sammenhænge, den er dækkende for alle situationer. [...] Det er fint, at man også tænker på, at der er nogle personligheder, der også skal pudses af, specielt, hvis man skal være leder, eller hvordan man nu indgår i den her uddannelse, at det ikke bare er det rent speciale tekniske, men at der også er en bredere definition med sådan en uddannelse, at på sigt skulle man også gerne være [...] et omgængeligt menneske, og et menneske, der lærer at samarbejde med andre. Så ligesom få bugt med den gamle overlægetype, at man ser en ny generation af læger, der bliver uddannet, og hvor det står tydeligt frem, at det drejer sig om mere end bare at kunne sit speciale, men også at kunne arbejde med andre faggrupper.

(læge under uddannelse)

På nogle afdelinger, eksempelvis de tre gynækologisk-obstetriske afdelinger, var der tale om, at såvel den ny speciallægeuddannelse som 360° konceptet passede fint ind i den eksisterende afdelingskultur, hvor der i forvejen blev lagt stor vægt på kommunikative og andre bløde kompetencer. Her var der derfor generel opbakning til projektet. På andre afdelinger blev en indledningsvis skepsis erstattet af en positiv erfaring, som i høj grad var knyttet til a) at metoden opfattes som effektiv og tidsbesparende, og b) at rapporten opfattes som systematisk og anvendelig.

Der er imidlertid ingen af de adspurgte som har kunnet observere, at introduktion af 360°-feedback i sig selv har medført ændringer i afdelingskulturen. En del så den dog som led i en igangværende ændringsproces.

Kontaktflade til projektgruppe

Projektgruppen har været centrum for implementeringen af pilotprojektet med andre afdelinger som 'satellitter'. Derfor vil karakteren af kontakt til 'centeret' påvirke implementeringen. De afdelinger, som har haft mest aktive 360°-certificerede vejledere, har også haft mest kontakt til projektgruppen ved tvivlsspørgsmål, og i nogle tilfælde anvendt ekstern konsulent. Disse kontakter har medvirket til positivt at forstærke involvering i og ejerskab af projektet. Omvendt har mindre motiverede 360°-vejledere nok 'gemt sig' og derfor heller ikke fået løst op for eventuelle tvivlsspørgsmål, som i sig selv kunne være med til at bremse implementeringen. Det ville have været hensigtsmæssigt med en strammere opfølgning i implementeringsfasen for at støtte 360°-vejledere både i forhold til at fastholde motivation og for at støtte dem på afdelinger, hvor der kunne være modstand mod den ny speciallægeuddannelse og/eller 360°-feedback.

Andre faktorer

Deltagerne i undersøgelsen nævnte en række andre faktorer, som kunne spille en mere begrænset rolle. De gennemgås nedenfor.

- *Involvering af andre faggrupper*: Langt de fleste syntes, det var meget positivt af inddrage andre faggrupper i 360°-feedback. Nogle opfattede imidlertid, at det kunne opleves som grænseoverskridende, jvf. følgende citat:

Der er mange, der har en meget skræmt holdning til det at blive evalueret, og især når det er noget, der ikke er rent fagligt. Jeg tror nok lægegruppen er en gruppe, der er præget af, at evaluering foregår bedst i det skjulte. Der tror jeg, man kan sige, de generelt som faggruppe har meget svært ved at blive evalueret – og i hvert fald at der er andre faggrupper, der skal evaluere dem.

(360°-certificeret vejleder)

- *Evalueringstræthed:* 360°-feedback er ikke den eneste evaluering, som er blevet indført (om end som pilotforsøg) i nyere tid. Mange oplevede en stadigt stigende strøm af evalueringer og registreringsredskaber, og 360°-feedback indgik i denne strøm selvom den generelt blev opfattet som mere brugbar og anvendelig for den enkelte end de fleste andre evalueringer.
- *Antal certificerede/afdeling:* På flere afdelinger havde den yngre læge, som var blevet certificeret, allerede forladt afdelingen indenfor pilotfasens projektperiode, eller der var af andre grunde kun én certificeret vejleder. Generelt vil det styrke arbejdet med implementering hvis der på ethvert tidspunkt er mindst to til at deles om arbejdet forbundet med 360° certificering, ikke mindst på afdelinger hvor der er kulturel modstand mod metoden, og hvor derfor er ekstra vigtigt at implementering ikke reduceres til et enmands-projekt.
- *Motivation hos 360°-certificerede:* Det er især vigtigt at understøtte motivationen hos 360°-certificerede på afdelinger med kulturel modstand mod at tage 'bløde' værdier alvorligt. Dette bør ske gennem målrettet arbejde og via åbenlys anerkendelse fra sygehusledelse og afdelingsledelser af de kompetencer, som søges styrket.
- *Tid:* I nogle tilfælde har der ikke været prioriteret tilstrækkelig tid til de forskellige elementer af 360° processen. Det gælder både i enkelte forløb og i forhold til bred information på afdelingsniveau. Tidspres er i en del tilfælde angivet som årsag til forsinkelse af igangsættelse af 360°-feedback for den enkelte læge under uddannelse.
- *Motivation hos lægen under uddannelse:* I langt de fleste tilfælde har lægen under uddannelse været positivt interesseret i at gennemføre evalueringen. I nogle tilfælde er der set en vis modvilje, som har nødvendiggjort gentagne påmindelser fra 360°-vejlederen. I det omfang metoden institutionaliseres som en fast del af uddannelsesforløbet vil dette problem formodentlig minimeres, eftersom det så ikke længere er frivilligt at gennemføre evalueringen.

UDVÆLGELSE AF RESPONDENTER

Den læge under uddannelse, der skulle have 360°-feedback, skulle selv udvælge respondenter. Fire grupper var udpeget, nemlig overlæger/speciallæger, yngre læge-kolleger, plejepersonale (inkl. jordemødre) og 'andre' (eks. sekretærer). Det var anbefalet at hovedvejlederen indgik i den første gruppe, og at 360°-vejlederen ikke indgik som respondent, men dette blev praktiseret forskelligt på de forskellige afdelinger.

Evalueringen fandt betydelig spredning i holdninger til det forhold, at det var den person, der skulle evalueres, som selv bestemte hvem han eller hun skulle evalueres af. Begrundelsen for denne fremgangsmåde i projektet var, at en eventuel negativ feedback ikke skulle kunne affærdiges med henvisning til en 'uheldig' udvælgelse af respondenter. Adspurgt om, på hvilket grundlag udvælgelsen var sket, svarede de fleste at man havde taget dem, der kendte én bedst, fordi de ellers ikke ville være i stand til at besvare spørgsmålene. En del mente, at der var en sammenhæng mellem en 'positiv kemi' og et bedre kendskab til hinanden, fordi der i dagligdagen kunne være mulighed for at vælge at arbejde mere sammen med kolleger, som man også bedre kunne lide. Mange mente derfor, at metoden kunne rumme en bias, der systematisk ville føre til en mere positiv feedback. Andre havde imidlertid erfaret, at positive arbejdsrelationer ikke nødvendigvis medførte, at de pågældende lagde fingrene imellem, når der skulle formuleres kritik, og at disse forventet 'venlige' respondenter ofte kunne være de mest kritiske, fordi de følte sig bedre positioneret til at give konstruktiv kritik.

Det samlede indtryk er klart, at det er en god ide at lade den, der skal evalueres, selv vælge sine respondenter. Til gengæld er det vigtigt, at der er tilstrækkeligt mange respondenter i hver gruppe. I nogle tilfælde har der kun været syv respondenter involveret, hvilket har været uhensigtsmæssigt fordi det ikke giver den nødvendige objektivitet og spredning på tværs af personalegrupper.

Afdeling	Antal gange respondenter spurgt	Antal gange respondenter har givet feedback	Gennemsnitligt antal aktive respondenter per 360°-evaluerede læge under uddannelse	Svarprocent, respondenter
B	69	60	12.0	87.0
I	114	105	15.0	92.1
K	44	42	21.0	95.5
Q	51	48	16.0	94.1
RC	86	74	14.8	86.0
SC	97	79	15.8	81.4
T	80	61	8.7	76.3
Y	209	197	17.9	94.3
Total	750	666	15.2	88.8

Tabel 3 : Involvering af respondenter fordelt på afdelinger

Tabel 3 viser, at der har været stor spredning mellem afdelingerne, hvad angik antallet af involverede respondenter per 360°-feedback. I alt er respondenter 750 gange blevet bedt om at give feedback, og de har gjort det 666 gange svarende til en svarprocent for hele projektet på 88,8, med et gennemsnitligt antal respondenter på 15,2 per 360°-feedback. Afdelingerne involveret i projektgruppen tegner sig for 45% af respondentaktiviteten, og de tre gynækologiske afdelinger har tilsammen haft 53% af respondentaktiviteten. To afdelinger, T og B, har i de fleste tilfælde haft et kritisk lavt antal respondenter. Det fremgår ikke af 'spillereglerne' for implementeringen på de forskellige afdelinger, hvor mange der minimum skal deltage fra hver af de fire personalegrupper, ligesom gruppen 'Andre' respondenter heller ikke er defineret. På baggrund af ovenstående bør det overvejes at inddrage minimum fem respondenter fra hver gruppe for at opnå en hensigtsmæssig spredning under hensyntagen til frafald. En del læger under uddannelse har i denne undersøgelse imidlertid påpeget, at svarprocenten fra speciallægekolleger kunne være markant lavere, hvorfor man kan overveje at bede om feedback fra seks personer i denne gruppe, hvor det er muligt. Hvis svarprocenten på 88,8 kan fastholdes, ville det give en gennemsnitlig størrelse af respondentgruppen på 18,6 personer.

INSTITUTIONALISERING

Et projekt vil i en pilotfase i sagens natur ikke blive institutionaliseret. Dette afsnit diskuterer erfaringer fra pilotfasen i forhold til at institutionalisere 360°-feedback på de deltagende sygehuse.

Denne undersøgelse har fokuseret på personale, som har haft direkte erfaring med 360°-feedback. Denne gruppe er ikke nødvendigvis repræsentativ for lægegruppen som helhed. Tværtimod må det forventes, at de, der er blevet 360°-certificeret, har en mere positiv holdning til metoden end deres kolleger generelt, samt at deltagende afdelinger er mere positivt indstillet end ikke-deltagende afdelinger. Det indebærer, at der ved institutionalisering på sygehuset som helhed må forventes en vis modstand, som skal bearbejdes effektivt, hvis metoden skal institutionaliseres med succes.

Erfaringer fra pilotfasen viser imidlertid også, at en del af modstanden er baseret på fordomme, som ofte forsvinder, når kendskabet til metoden udbygges. Således har alle adspurgte, undtagen én, anbefalet, at 360°-feedback skulle indføres permanent som del i speciallægeuddannelsen, og mange har anført, at også andre lægegrupper og/eller andre personalegrupper med fordel kunne anvende metoden. Dette må siges at være en overvældende tilslutning til en metode, som i udgangspunktet har skabt ganske meget debat. Nogle af årsagerne til den positive modtagelse er allerede nævnt ovenfor, såsom effektivisering af den nødvendige vurdering af almene kompetencer hos læger under uddannelse; anvendelighed; systematik; omfang; og tilfredsstillelse af et behov hos læger under uddannelse for at vide, hvordan de udfylder de opstillede kompetencer. Et meget vigtigt forhold for accept af metoden, som uddybes i afsnittet om etik nedenfor, har været beslutningen i pilotfasen om at lægen under uddannelse ejer rapporten. Rapporten er med succes blevet præsenteret som et redskab der skulle

hjælpe den uddannelsessøgende i uddannelsesforløbet, og denne opfattelse er blevet fastholdt igennem pilotfasen. Forståelsen af rapporten som værende fortrolig og som et dokument, den evaluerede kunne vælge at holde for sig selv eller dele med særligt udvalgte kolleger har medvirket til, at 360°-feedback fremstod langt mindre truende, end det ellers kunne have været tilfældet. Det er meget forskelligt, hvorledes læger under uddannelse har forholdt sig til dette; nogle har ladet hovedvejlederen se rapporten, andre har fortalt om den, atter andre har lavet et resume, og nogle har slet ikke anvendt den i forhold til hovedvejlederen. Der er ingen tvivl om, at beslutningen om at lade lægen under uddannelse eje rapporten har medvirket til at øge accept af metoden. Det har imidlertid på den anden side bevirket, at 360°-feedback er foregået isoleret fra afdelingen som helhed, og at indførelsen af metoden derfor har haft minimalt gennemslag på afdelingen. På nogle afdelinger har det bevirket, at mange kliniske vejledere antageligt har et meget begrænset kendskab til metoden og kun i begrænset omfang ville være i stand til konstruktivt at inddrage resultaterne i den kliniske vejledning. Ideelt set ville det være en fordel, hvis alle overlæger gennemgik en 360°-feedback for dermed at etablere det fornødne kendskab til metoden og potentielt også selv drage nytte af resultaterne. Det kræver imidlertid, at den fornødne åbenhed i forhold til metode og resultater etableres. At gennemføre processen mod de pågældendes vilje ville ikke føre til det ønskede resultat, men man kunne forestille sig, at 360°-feedback med afdelingsledelser og sygehusledelse i spidsen blev tilbudt til alle overlæger.

I forbindelse med institutionalisering af metoden er det vigtigt også at institutionalisere støtteforanstaltninger som følger logisk af metoden. Disse bør som minimum omfatte følgende to områder:

1. *Støtte ved negativ psykisk reaktion på kritisk 360°-feedback.* Der har i pilotfasen været mulighed for på Skejby Sygehus at henvise til sygehusets psykolog i tilfælde af krise, men dette har ikke været effektivt kommunikeret til de deltagende afdelinger. Således har eks. ikke alle afdelingsledelser været bevidste om denne mulighed. I Randers og Silkeborg har der ikke været adgang til krisehjælp. Der har ikke i forbindelse med pilotfasen været henvist til krisehjælp. Undersøgelsen fandt dog, at der i ét tilfælde havde været en negativ reaktion, som potentielt kunne have været henvist:

Jeg har oplevet hos ét af de mennesker, jeg har snakket med om hans evaluering, [...] at han var meget ked af det. Han var faktisk dybt deprimeret, og jeg brugte tid på at samle ham op efter den der 360°-feedback. Og som han sagde, 'hvor går jeg hen med den kritik, der kommer?'

Ledende overlæge

2. *Guidelines for styrkelse af hver af de målte kompetencer.* Der bør være en række konkrete tilbud, som kan hjælpe lægen under uddannelse med at udvikle de evaluerede kompetencer, hvor der er behov for det. Sådanne tilbud bør i fornødent omfang indgå i handlingsplanen. De bør udvikles i tråd med Speciallægekommissionens betænkning 1384 (eks. ved anvendelse af færdighedslaboratorier). Et sådant tilbudskatalog vil medvirke til at sikre at 360°-feedback får de tilsigtede uddannelsesmæssige konsekvenser for lægelig videreuddannelse.

Økonomi og tidsforbrug

Den web-baserede model er videreudviklet og tilpasset danske forhold og koster, foruden nødvendige udgifter til certificering af 360°-vejledere med videre, 550 kr. per analyse.

Dertil kommer den arbejdstid, som indgår i hver 360°-feedback. Selvom dette ikke er en direkte udgift, bør det tages i betragtning ved beslutning om implementering af metoden ud over pilotfasen. Det typiske tidsforbrug er cirka som følger:

Kategori	Antal	Aktivitet	Antal minutter
Læge under uddannelse	1	Iværksætte 360°-feedback	20
Læge under uddannelse	1	Lokalisere respondenter	60
Læge under uddannelse	1	Udfylde egen evaluering	45
Læge under uddannelse	1	Læsevejledning, gennemlæsning af rapport og mundtlig feedback	75
Læge under uddannelse	1	Opfølgning	30
360°-vejleder	1	Iværksætte 360°-feedback	20
360°-vejleder	1	Læsevejledning, gennemlæsning af rapport og mundtlig feedback	75
360°-vejleder	1	Opfølgning	30
Respondenter	12-20 (median=16)	Udfylde spørgeskema	15*16=240
Skønnet totalt tidsforbrug i minutter per 360°-feedback			615 min.
Skønnet lønudgift per 360°-feedback ved gennemsnitlig timeløn på kr. 300			3075 kr.
Pris per analyse			550 kr.
Total pris per 360°-feedback (baseret på skønnet tidsforbrug)			3625 kr.

Tabel 4: Skønnet tidsforbrug og personaleudgift for én 360°-feedback

Det omtrentlige tids/pengeforbrug per 360°-feedback blev diskuteret i interviews med deltagere i undersøgelsen på ledelsesniveau, og alle fandt at det var en acceptabel og berettiget investering i speciallægeuddannelsen. Det var en udbredt opfattelse, at 360°-feedback indebar en reduktion af tidsforbruget og en forbedring af kvaliteten i forhold til eksisterende praksis. Det er imidlertid ikke muligt på det foreliggende grundlag at skønne lønudgiften til den eksisterende 'papir-metode'. Det er sandsynligt, at tidsforbruget for deltagende personale vil falde over tid ved permanent implementering, efterhånden som personalet bliver vant til metoden.

I det hele taget var der udpræget opbakning til anvendelse af 360°-feedback på både afdelings- og sygehusledelsesniveau, dog med forbehold for inddragelse af resultaterne af nærværende evaluering.

STYRING AF PROJEKTET

Som det fremgår ovenfor har der været forskellige vilkår for implementering på de forskellige afdelinger, hvilket kan forklare de forskellige grader af implementering på tværs af organisationen. Projektgruppen valgte efter den indledende udviklings- og træningsfase en meget decentral implementering, hvor det var underforstået, at afdelingerne selv ville henvende sig til gruppen, såfremt der var problemer eller forsinkelser. Der var således ikke planlagt direkte opfølgning eller supervision, men derimod behovsbaseret supervision. Det blev derfor kun langsomt klart for projektgruppen, at der på nogle afdelinger var markante forsinkelser i implementeringen, hvilket medførte at implementeringsfasen blev forlænget til 15 marts 2006 samt at der imod slutningen af projektperioden var mere hektisk implementering på disse afdelinger. Dette indebar også, at der for nogle af de certificerede var gået et betydeligt tidsrum fra 360°-certificering til anvendelse af det, man havde lært, hvilket kan have påvirket processen negativt. Set i bakspejlet ville det have været en fordel med en mere struktureret supervision i

implementeringen af projektet, herunder med krav om løbende afrapportering af 360°-feedback på fastlagte tidspunkter af uddannelsesforløbet for de involverede læger.

ETISKE ASPEKTER

Tre spørgsmål med etiske implikationer blev hyppigt nævnt af deltagerne i undersøgelsen, nemlig fortrolighed, anonymitet og anvendelse af rapporten.

FORTROLIGHED

Det var især vigtigt for læger under uddannelse, at rapporten blev behandlet fortroligt. De oplevede, at evalueringen gik meget tæt på deres personlighed og at det ikke vedkom andre, hvad der stod i den, men at den netop var nyttig som redskab i deres personlige og professionelle udvikling. De havde generelt stor tillid til, at den 360°-certificerede vejleder også behandlede rapporten fortroligt, og at tredjepart ikke havde adgang til den uden deres vidende og tilladelse. Der var et mindretal af læger under uddannelse, som fandt, at det ville være naturligt, hvis hovedvejlederen og eventuelt også afdelingens ledende overlæge havde adgang til den, fordi de også havde et ansvar for uddannelsesforløbet specifikt, hhv. for arbejdet på afdelingen i almindelighed. Nogle havde på eget initiativ vist rapporten til hovedvejlederen. Den generelle tendens var dog, at der var udbredt tilfredshed blandt de evaluerede med den fortrolige måde, hvorpå rapporten håndteredes.

360°-vejlederne lagde også stor vægt på fortroligheden af rapporten, som de ligeledes opfattede som et redskab for den evaluerede. Selvom der ikke var nogen, der var direkte uenige i denne linie, påpegede flere, at denne tilgang indebar en risiko for, at værdifuld information gik tabt, hvis rapporten ikke indgik i samarbejdet med hovedvejlederen. Nogle fandt, at en 'normalisering' af 360°-feedback på linie med så mange andre bedømmelser i uddannelsessystemet ville være hensigtsmæssig, selvom man selvfølgelig skulle tage hensyn til forsvarlig håndtering af personfølsomme oplysninger.

På afdelingsledelsesniveau var denne tendens mere udtalt, og flere mente at de naturligt burde have adgang til rapporten, i øvrigt på linie med hovedvejlederen.

I forbindelse med generel implementering af metoden vil det være vigtigt at etablere en ensartet forståelse på tværs af stillingsstrukturen og på tværs af alle afdelinger, hvad angår spørgsmålet om fortrolighed.

Det har ikke ligget indenfor rammerne af denne undersøgelse at vurdere spørgsmål vedrørende datasikkerhed.

ANONYMITET

Respondenternes besvarelser er principielt anonyme, selvom det for lægen under uddannelse af og til vil være muligt at gætte sig til, hvem der har givet en given kommentar i kraft af formulering eller kontekst. Årsagen til, at respondenterne var anonyme, var at man fra projektgruppens side på baggrund af eksisterende litteratur mente, at anonymitet ville fremme ærligheden i besvarelserne. Der var delte meninger om dette spørgsmål blandt de adspurgte. Nogle sagde, at de klart foretrak anonymitet og at det ville være svært for dem at give lige så klart udtryk for deres opfattelser, hvis de ikke var anonyme. Andre sagde, at de under alle omstændigheder kun ville skrive noget, som de ville kunne stå frem med, såfremt det ikke var anonymt, og at det dermed ikke gjorde nogen forskel; og en del mente, at det var direkte problematisk, at man kunne give kritik uden at skulle stå ved den. Beslutningen om anvendelse af anonymitet i 360°-feedback støttes af, at modstanden mod anonymitet var mest udtalt i toppen af stillingshierarkiet. Der er en risiko for, at en fravigelse af anonymitetsprincippet primært ville medføre, at svar fra yngre kolleger og andre faggrupper ville blive mindre ærlige, og at nogle kritiske punkter måske ikke ville komme frem.

Det er ikke indlysende, hvad der er mest etisk korrekt – at give mulighed for at give kritik uden at frygte negative reaktioner, eller at beskytte den evaluerede mod risikoen for ondsindet anonym kritik. Ideelt set kunne man – som nogle af deltagerne i evalueringen, især på ledelsesniveau – ønske sig en arbejdskultur hvor anonymitetsprincippet kan ophæves, og hvor kommentarerne kan danne grundlag for en dialog mellem afsender og modtager, så det ikke opleves som nødvendigt at være anonym; hvis behov for anonymitet imidlertid eksisterer, kan det ikke løses ved at ønske det væk. Det er under alle omstændigheder afgørende, at respondenternes informationsniveau vedr. 360°-feedback styrkes, således at de får en klar forståelse af, hvad deres input skal bruges til. Den alvor, som omgærdet feedback-samtalen, synes at stå i kontrast til den til tider lidt tilfældige information, respondenterne har fået om, hvordan deres input skulle bruges.

ANVENDELSE

Et vigtigt spørgsmål for de uddannelsessøgende var, hvorledes rapporten potentielt kunne blive anvendt. Som nævnt så de fleste rapporten som deres 'ejendom', som de havde ret til at bestemme over. Som tidligere foreslået kunne det være hensigtsmæssigt som en rutine at give hovedvejlederen (og evt. afdelingsledelsen) et resume af rapporten, udarbejdet af lægen under uddannelse. Stort set alle var imidlertid enige om, at rapporten – og 360°-feedback som helhed i den foreliggende form – var et uddannelsesmæssigt redskab. Adspurgt, om den burde indgå i andre sammenhænge, såsom i ansættelsesøjemed, svarede langt de fleste at den var uegnet hertil, fordi den tegner et øjebliksbillede i et forløb, der kan (og i nogle tilfælde bør) have ændret sig væsentligt på tidspunktet for en senere ansættelse. De fleste fandt, at de almindelige ansættelsesmæssige instrumenter var tilstrækkelige, og at man ikke skulle blande tingene sammen. Det bør derfor ikke være et krav fra arbejdsgivers side at en 360° rapport vedlægges en ansøgning.

INFORMATIONSKOMPONENTEN

Som tidligere nævnt har projektet anvendt, hvad man kunne kalde en 'ambassadørmodel', hvor 360°-certificerede vejledere skulle informere deres respektive afdelinger om projektet. Det er tydeligt i svarene fra deltagerne i denne undersøgelse, at informationsniveauet på de forskellige afdelinger har været meget forskelligt. Nogle steder har der været en meget fyldestgørende information, hvor alle faggrupper er blevet ganske grundigt informeret om konceptet, og hvor den pågældende 360°-vejleder har anvendt sin egen rapport som illustration. Andre steder har der været et kort oplæg til morgenkonference, og andre medlemmer af faggrupper er kun blevet informeret i det omfang, de konkret skulle deltage som respondenter, og i så fald ofte kun af lægen under uddannelse, der selv ofte på forhånd havde et meget begrænset kendskab til processen. Denne evaluering viser med tydelighed, at der er behov for at styrke informationsindsatsen i forbindelse med indførelse af 360°-feedback. Det gælder primært respondentgruppen, både overlægegruppen og andre faggrupper. Men det gælder eks. også på afdelingsledelsesniveau, hvor der bør være en ensartet formidling til alle, og hvor man skal sikre sig opbakning til implementering.

VARIATION MELLEM AFDELINGER

I udviklingen af spørgsmål til spørgeskemaet var der fokus på, om 360°-feedbacks redskaber og implementering i tilstrækkelig grad ville tilgodese variation mellem forskellige afdelinger hvad angik speciale og arbejdskultur. Deltagernes interviewsvar har indikeret, at der snarere end afdelingsspecifikke justeringer var behov for generelle justeringer. Generelt forventes det også, at de forskellige kompetencer, som måles, er relevante i alle afdelinger. På den anden side påpeger evalueringen, at der er forskellige holdninger til såvel den ny speciallægeuddannelse som 360°-feedback på forskellige afdelinger, og at man nok i højere grad bør sikre sig, at der er tilstrækkeligt ejerskab til 360°-feedback på alle afdelinger, som implementerer metoden. I den forstand er der variation hvad angår behovet for afklarende forudgående diskussion på de forskellige afdelinger, og sygehusledelsen bør nok i højere grad inddrages mere direkte i den

proces, end det har været tilfældet i pilotfasen, såfremt det besluttes at implementere metoden på alle afdelinger.

OPNÅELSE AF PROJEKTETS MÅL

Det er i varierende grad lykkedes at opnå de på forhånd opstillede mål for projektet. Tabel 5 nedenfor giver en oversigt over disse mål og deres indfrielse.

<i>Mål</i>	<i>Er målet indfriet?</i>
At implementere 360°-feedback på de deltagende afdelinger. Effektmålet er at alle læger under uddannelse i projektperioden får foretaget 360°-feedback.	88% af det forventede antal læger under uddannelse fik 360°-feedback i pilotprojektet. På fem af otte afdelinger fik flere end det forventede antal læger 360°-feedback.
At læger under uddannelse oplever/har kompetenceløft omkring de personlige kompetencer. Effektmålet er at der opstilles aftaler/planer for lægen under uddannelse og at disse følges. Det monitoreres om handlingsplanerne er effektueret.	Mange læger under uddannelse giver udtryk for, at det har hjulpet dem at erkende deres styrker og udviklingsområder. Ofte viste handlingsplanerne sig dog at være for vage til at tjene som effektmål i denne sammenhæng.
At kvalificere vejlederne til at kunne foretage en 360°-feedback, give en konstruktiv feedback og opstille handlingsplaner for, hvordan lægen under uddannelse skal arbejde med sin personlige adfærd og samspillet med patienter og kolleger. Effektmålet er, at alle vejledere opnår autorisation/certificering til at foretage 360°-feedback.	Effektmålet er indfriet. Oparbejdelse og vedligeholdelse af erfaring med evaluering og konstruktiv feedback i kraft af tilstrækkeligt turn-over af læger under uddannelse for den enkelte vejleder er afgørende for at fastholde kompetencen.
At følge vejlederens egen udvikling. Effektmålet er, at vejlederne efter projektperioden skal vurdere/opleve, at de mestrer rollen som vejleder bedre end tidligere. Dette mål monitoreres ved spørgeskemaundersøgelse og interview samt ved at vejlederne gennemgår en 360°-feedback ved starten og slutningen af projektet.	Interviews viste, at vejlederne blev bedre til at mestre rollen som vejleder. Det blev dog besluttet ikke at gentage 360°-feedback ved projektets slutning.
At redskabet 360°-feedback implementeres i organisationen efter projektperioden. Effektmålet er at redskabet implementeres og forankres i de deltagende afdelinger og anvendes til forbedring af den lægelige videreuddannelse på alle niveauer.	Afventer beslutning.

Tabel 5 : Indfrielse af projektmål

KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Evalueringen har fundet, at pilotfasen altovervejende har været succesfuld, at metoden er velegnet til at evaluere de såkaldt 'bløde' kompetencer som indgår i kravene til speciallæger under den ny speciallægeuddannelse, at den er tidsbesparende og derfor økonomisk fordelagtig i forhold til gældende praksis, samt at en overvældende majoritet af de adspurgte deltagere i projektet har været endog særdeles positivt indstillet overfor permanent implementering af

metoden. Dette gælder på alle niveauer i organisationen. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på, at denne positive holdning netop er baseret på *erfaring* med systemet, og indenfor de præmisser, som har været gældende under pilotfasen, herunder ikke mindst at feedback-rapporten er fortrolig og tilhører den evaluerede person selv. Det er muligt og endog sandsynligt, at de, der har deltaget i projektet, i udgangspunktet var mere positivt indstillede overfor såvel den ny speciallægeuddannelse som 360°-feedback, og at der derfor kan være mere modstand mod konceptet blandt de, der hverken har deltaget i pilotprojektet eller i denne undersøgelse. Der bør derfor udvikles adækvate informationsstrategier i forhold til denne gruppe, herunder inddragelse i yderligere udvikling af redskaberne.

Evaluerings generelle konklusion og anbefaling er på den baggrund, at 360°-feedback er egnet til sit formål og derfor kan og bør indføres på alle afdelinger på de deltagende sygehuse som et led i uddannelse af speciallæger; endvidere kan metoden overvejes indført i forhold til andre grupper af læger og andre personalegrupper, med nødvendige modifikationer.

SPECIFIKKE ANBEFALINGER

Respondenter

- Informationsniveauet til alle kategorier af respondenter bør højnes og gøres ensartet, eftersom kvaliteten af 360°-rapporten er ligefrem proportional med kvaliteten af det input, respondenterne giver. Disse bør gives en klar forståelse af, hvad 360°-feedback er, så de kan levere adækvat input.
- Der bør være let adgang til opdaterede email-adresser. Email bør checkes dagligt af alle relevante personalegrupper.

Spørgeskema

- Spørgsmålene bør revideres, jvf. den detaljerede gennemgang ovenfor.
- Det kan overvejes, om den, der skal modtage feedback, skal have mulighed for, i samarbejde med den 360°-certificerede vejleder, at tilføje individuelle spørgsmål til sit eget skema.
- Det bør fremgå langt tydeligere, at man ikke skal svare på spørgsmål om situationer, hvor man ikke har direkte erfaring med den person, der får feedback.
- Svarkategorien ”Altid” bør ændres til ”Næsten altid”.

Rapporten

- Man kan overveje at stramme rapporten op. Nogle afsnit kan virke uoverskuelige og kan reduceres til kun at rumme resultater, der bør give anledning til diskussion i den mundtlige feedback (eks. kun fem højest scorende værdier i hhv. positiv og negativ gap-analyse).
- En skabelon for resume til hovedvejleder bør indgå i rapporten. Det kan evt. være en kombination af de to eksisterende skabeloner (hhv. ”Analyse – mønstre og spor” og ”Handlingsplan – fra hvad til hvordan”), og det bør være en fast rutine at hovedvejleder inddrages i fornødent omfang.

Mundtlig feedback

- Der bør være ekstern supervision til de(n) første feedback-session(er) for at styrke 360°-vejlederens kompetencer fra starten.

Handlingsplan

- Der bør udvikles et katalog med relevante videreuddannelsesmæssige tiltag svarende til de udviklingsområder, 360°-feedback kan identificere. Relevante afdelinger bør inddrages i dette udviklingsarbejde.
- Terminologien bør ændres fra det ambitiøse 'handlingsplan' til et mere passende begreb, eks. 'plan for opfølgning'.

Organisation

- Der bør mindst være to 360°-certificerede læger på hver afdeling på et hvilket som helst tidspunkt for at sikre kontinuitet og for at tilstræbe at man kan undgå eventuelle forud-eksisterende negative relationer mellem 360°-vejlederen og den der modtager feedback.
- Det bør fortsat være den, der skal modtage 360°-feedback, som udvælger respondenter, men spillereglerne for implementering bør fastsætte minimumskravet til antallet af respondenter i hver gruppe til fem for at sikre tilstrækkelig objektivitet i den samlede feedback under hensyn til frafald.
- Så mange læger som muligt bør tilbydes 360°-feedback. Evalueringen viser, at skepsis afløses af en positiv holdning til metoden, når man erfarer den. Erfaring vil således i et vist omfang kunne eliminere fordomme.
- Der bør være struktureret kontinuerlig opfølgning af implementering af 360°-feedback, så det sikres at 100% af læger under uddannelse gennemfører processen.
- Kendskab til kriseberedskab i tilfælde af at 360°-feedback udløser en kraftig negativ reaktion hos den, der evalueres, skal udbygges.

Etik

- Fortrolighed bør fastholdes og ejerskab til rapporten bør forblive hos den evaluerede.
- Anonymitet for respondenter er kontroversiel og rummer både fordele og ulemper. Man kan overveje at afskaffe dette princip, evt. forsøgsvis på nogle afdelinger.
- 360°-feedback bør ikke indgå i ansættelsessammenhænge.

ANNEKS 1: SPØRGESKEMA TIL RESPONDENTER

Dette anneks viser hele det spørgeskema, som respondenter skal besvare online. Eksemplet er fra Afd. Y.

START FEEDBACK

Tak fordi du vil tage dig tid til at give feedback til <navn på evaluerede>.

HVORDAN DU AFGIVER FEEDBACK

Du skal på de følgende sider afgive din feedback til <navn på evaluerede>. Hver gang du går til næste eller forrige side, bliver dine valg gemt. Hvis du bliver afbrudt undervejs, kan du derfor nemt vende tilbage senere.

Du bliver præsenteret for et antal udsagn.

Vælg den beskrivelse i feedback skalaen, der passer bedst på <navn på evaluerede> efter din mening.

Det er følgende skala der skal bruges til at afgive feedback.

NB: Er det ikke muligt for dig at svare - vælges: *Intet svar*.

N/A Intet svar

- 1 Næsten aldrig
- 2 Sjældent
- 3 Af og til
- 4 Oftest
- 5 Altid

Side 1 af 15. Gå til:

Næste >>

Du er nu 0% færdig.

SAMARBEJDE

kan omgås andre	<input type="text"/>
beder om input fra andre	<input type="text"/>
Respekterer andres roller	<input type="text"/>
formår at samarbejde med andre faggrupper	<input type="text"/>
formår at samarbejde med andre afdelinger	<input type="text"/>

Side 2 af 15. Gå til:

Du er nu 0% færdig.

TILLIDSSKABENDE

udviser tillid til kollegers evner, beslutninger mv.	<input type="text"/>
udviser tillid til andre mennesker	<input type="text"/>
lægekolleger har tillid til denne person	<input type="text"/>
patienter har tillid til denne person	<input type="text"/>
andre samarbejdspartnere har tillid til denne person	<input type="text"/>

Side 3 af 15. Gå til:

Du er nu 0% færdig.

HÅNDBLIVNING AF KRITIK

giver konstruktiv kritik	<input type="text"/>
agerer konstruktivt på kritik	<input type="text"/>
kan acceptere kritik fra andre	<input type="text"/>
formår at anvende kritik til forbedring	<input type="text"/>

Side 4 af 15. Gå til:

Du er nu 0% færdig.

STRESS TOLERANCE

bevarer overblikket under pres	<input type="text"/>
prioriterer opgaver under pres	<input type="text"/>
beder om hjælp ved store belastninger	<input type="text"/>
håndterer langvarigt pres	<input type="text"/>
bevarer roen under belastninger	<input type="text"/>

Side 5 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

KENDER EGNE GRÆNSER

involverer kolleger når det er nødvendigt	<input type="text"/>
er bevidst om egne grænser	<input type="text"/>
evner at udnytte egne ressourcer og potentialer	<input type="text"/>
kender egne styrker	<input type="text"/>
beder i passende omfang om supervision	<input type="text"/>

Side 6 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

LYTTE

lytter aktivt i en samtale	<input type="text"/>
er nærværende under en samtale	<input type="text"/>
giver andre "plads" i en samtale	<input type="text"/>
stiller afklarende spørgsmål i en samtale	<input type="text"/>

Side 7 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

EMPATI

er i stand til at sætte sig ind i andres situation	<input type="text"/>
har situationsfornemmelse	<input type="text"/>
udviser indlevelsessevne	<input type="text"/>
evner at opfange og forstå hvad andre føler	<input type="text"/>

Side 8 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

KOMMUNIKATION

tilpasser sit sprog til målgruppen	<input type="text"/>
tilpasser sit sprog til situationen	<input type="text"/>
forklarer tingene enkelt og forståeligt	<input type="text"/>
giver andre tid til at formulere spørgsmål	<input type="text"/>
sætter sig ind i andres tilgang og i fremmede kulturer	<input type="text"/>

Side 9 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

ANSVARLIGHED OVERFOR KOLLEGER & ANDRE PERSONALEGRUPPER

kommer til tiden	<input type="text"/>
følger op på egne arbejdsopgaver	<input type="text"/>
afslutter egne arbejdsopgaver	<input type="text"/>
overleverer rapporter struktureret og udtømmende	<input type="text"/>
udviser ansvarlighed over for fælles arbejdsopgaver	<input type="text"/>

Side 10 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

ANSVARLIGHED OVERFOR PATIENTER

overholder aftaler med patienter	<input type="text"/>
følger op på patientforløb	<input type="text"/>
tager hånd om og guider patienten	<input type="text"/>
indgår realistiske aftaler med patienten	<input type="text"/>
informerer patienterne om evt. komplikationer ved behandling	<input type="text"/>

Side 11 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

AGERER PROFESSIONELT

involverer, i muligt omfang, patienten i beslutninger om behandling	<input type="text"/>
overholder tavshedspligten	<input type="text"/>
agerer loyalt overfor lægekolleger, sygeplejersker m.fl.	<input type="text"/>
behandler kolleger og andre samarbejdspartnere med respekt	<input type="text"/>
arbejder på at forbedre egne præstationer	<input type="text"/>

Side 12 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

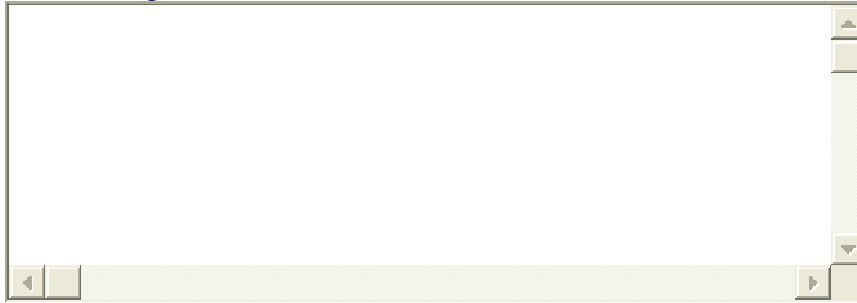
BESLUTNINGSEVNE

kan træffe vanskelige beslutninger	<input type="text"/>
indhenter nødvendige informationer	<input type="text"/>
træffer beslutninger i tide	<input type="text"/>
afslutter udrednings- og behandlingsforløb	<input type="text"/>
omsætter beslutning til handling	<input type="text"/>

Side 13 af 15. Gå til: << Forrige Næste >>
Du er nu 0% færdig.

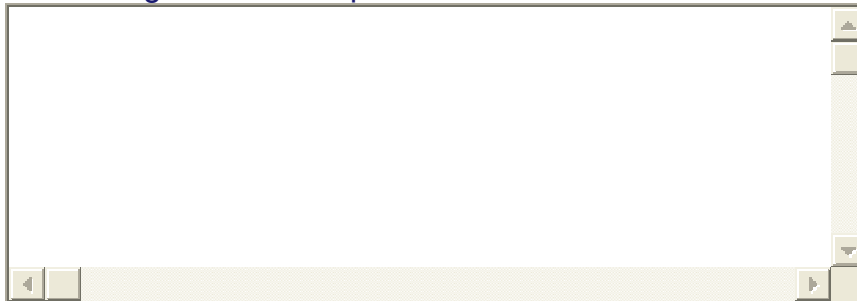
SUPPLERENDE KOMMENTARER

Denne læge bør blive ved med...



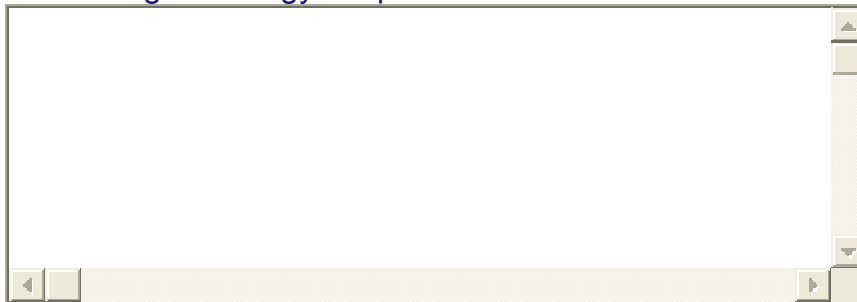
Intet svar

Denne læge bør holde op med...



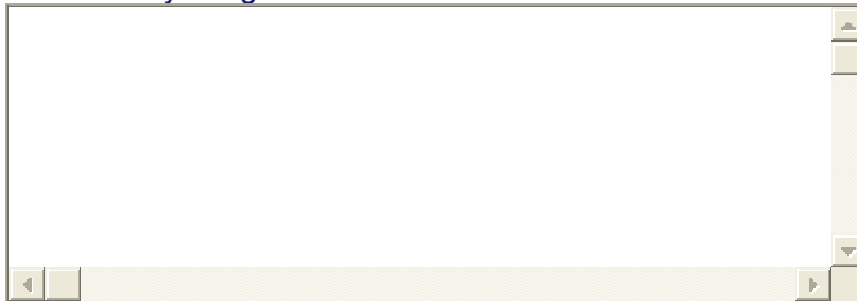
Intet svar

Denne læge bør begynde på...



Intet svar

Eventuelle yderligere kommentarer...



Intet svar

Side 14 af 15. Gå til:

Du er nu 0% færdig.

ANNEKS 2: GENERELLE 'SPILLEREGLER' FOR IMPLEMENTERING

Model for 360 graders evaluering uddannelsessøgende læger 2005-6

For afdelinger, der deltager i projektet "360 graders evaluering i speciallægeuddannelsen - etablering af et IT/Web baseret evalueringsredskab" er følgende fælles spilleregler aftalt. De enkelte afdelinger kan have valgt forskellige måder at gennemføre tilbagemelding og opfølgning på.

Projektbeskrivelsen kan udleveres efter ønske.

OVERORDNET PRINCIP FOR 360 GRADERS EVALUERING

Formålet med 360 graders evalueringen er at give den uddannelsessøgende læge en feedback på, hvordan omgivelserne (kolleger, samarbejdspartnere) vurderer, at den uddannelsessøgende mestrer udvalgte kompetencer indenfor rollerne samarbejder, professionel og leder/administrator i den kliniske hverdag.

Metoden er mail/netbaseret og der besvares ca. 50 spørgsmål indenfor 12 kompetencer. Der er endvidere mulighed for at frie kommentarer.

Formålet er at udvikle den uddannelsessøgende læges kompetencer indenfor rollerne samarbejder, professionel og leder/administrator. Man kan ikke "bestå" eller "ikke bestå" en 360 graders evaluering.

Rapporten tilhører den uddannelsessøgende.

Evalueringen er fortrolig, og alle involverede parter diskuterer således ikke evalueringen med andre.

Skriftlige kommentarer skal være afgivet med et konstruktivt sigte, og respondenterne informeres om at være klare i formuleringerne.

Tilbage melding af rapporten kan kun gives af personer, der er certificeret i metoden.

HVORDAN GIVES TILBAGEMELDINGEN

Tidspunktet for tilbagemeldingen skal være aftalt med den uddannelsessøgende.

Tilbage meldingen finder sted i en åben dialog med henblik på at skabe refleksion over de evaluerede kompetencer.

Tilbage meldingen gives i fortrolighed i en samtale mellem den uddannelsessøgende læge og en certificeret person.

Den uddannelsessøgende læge kan efter eget valg kan medtage en ekstra person.

Den uddannelsessøgende læge har muligheden for at sige "time-out" efter gennemlæsning af rapporten og ønske at tillidsrepræsentanten inddrages.

Den uddannelsessøgende læge udformer en konkret handlingsplan og tidspunkt for opfølgning aftales.

Handlingsplanerne indgår naturligt i porteføljemappen og kan derfor efterspørges af den uddannelsessøgende læges vejledere på afdelingen samt ved skift til anden afdeling så længe de er

relevante. Dvs. er et givet indsatsområde på plads, har gamle aftaler ingen værdi og handlingsplanen fjernes fra porteføljemappen.

REGISTRERING

Det skal fremgå af logbogen, at 360 graders evaluering har fundet sted, men ikke resultatet af denne. Den uddannelsessøgende er selv ansvarlig for at opbevare resultatet af 360 graders evaluering.

Vejlederen attesterer i logbogen.

HVORDAN HÅNDTERES KRITISKE RAPPORTER/PROBLEMATISKE FORLØB

Rapporten tilhører som anført ovenfor den uddannelsessøgende læge. Såfremt 360 graders evaluering bidrager til en diskussion om ”et problematisk uddannelsesforløb”, følges det beskrevne regelsæt fra Sundhedsstyrelsen, på sygehusene og i videreuddannelsesrådene. <http://www.sst.dk/publ/Publ1998/LaegersVidereudd/html/index10.html#Anchor-Kapite-4214>

Rapportens konklusioner vil blive inddraget i denne diskussion. Det skal understreges, at disse situationer vil være meget sjældne.

DATA SIKKERHED

Respondenternes svar afgives anonymt, og det er ikke muligt efterfølgende at se, hvem der har svaret hvad.

Den uddannelsessøgende læge får udleveret 1 eksemplar af rapporten. Rapporten kan sendes i PDF format til den uddannelsessøgende såfremt dette ønskes.

Rapporterne arkiveres på den server, der er anvendes til projektet og efter projektfasen vil rapporterne blive slettet.

I projektperioden vil data kunne anvendes i anonymiseret form. Personhenførbare oplysninger vil ikke blive anvendt. Data må ikke fremlægges i en genkendelig form.

Overstående er accepteret af arbejdsmiljøkoordinator Helle Lehman samt Skejby Sygehus' jurister.

Projektgruppen

juli 2005

ANNEKS 3: INFORMATIONSBREV TIL RESPONDENTER

Kære <navn på respondent>.

Som led i min speciallægeuddannelse har jeg behov for at få respons på, hvordan jeg fungerer som læge med hensyn til de ”bløde værdier” – kommunikation, samarbejde mm. Jeg har brug for din hjælp til dette og vil derfor bede dig om at give mig en tilbagemelding.

Dette vil tage ca. 10 minutter. Er det muligt for dig at besvare straks så gør det gerne nu, men ellers inden 8 dage.

Udover dig har jeg bedt ca. 15 læger, sygeplejersker og jordemødre, som kender mig godt om en tilbagemelding på, hvordan de oplever ”jeg går og gør til dagligt”. Dine svar vil være anonyme og vil samlet danne grundlag for en samtale med min vejleder.

Jeg vil sætte stor pris på hvis/at du er ærlig og omhyggelig i din vurdering af mig. Du skal blot ”afkrydse” et antal spørgsmål - og evt. supplere med kommentarer.

Herunder følger information om hvordan du gør.

Instruktion

- * Gå til min personlige webside for 360 graders evaluering:

<http://www.multifeedback.dk/<login>>

- * Indtast din sikkerhedskode: <password>

- * På websiden får du en kort vejledning i hvordan du afgiver feedback

NB:

Hvis du ikke får websiden frem ved at klikke på linket herover - kan du:

- * Markere hele linket med musen - højreklik og vælg: "Kopier".

- * I browseren går du op i adressefeltet - højreklik og vælg: "Sæt ind"

Husk

- * Dine svar er anonyme

- * Sikkerheden i systemet er i top

Ingen uvedkommende kan se dine svar

- * Har du tekniske spørgsmål eller skulle der opstå problemer

- så mail til: <mailadresse>

På forhånd tak for din hjælp

<navn på den der skal modtage feedback>

ANNEKS 4: INTERVIEWGUIDE FOR 360°-CERTIFICEREDE VEJLEDERE

1. Hvordan vil du beskrive implementeringsprocessen for 360°-projektet?
2. Hvor mange feedbacksessioner har du gennemført?
3. Beskriv dine erfaringer med at vejlede.
4. Hvordan har du følt dig rustet til at gennemføre feedback?
5. Har du haft brug for – og fået – støtte til feedbackprocessen undervejs?
6. Hvad opfatter du som formålet med feedback?
7. Hvordan vil du karakterisere en vellykket feedbacksession?
8. Hvad betyder vejlederens personlige egenskaber for en vellykket feedback?
9. Hvad nyt mener du 360-graders metoden bibringer speciallægeuddannelsen?
10. Hvilke krav stiller metoden til den uddannelsessøgende?
11. Hvilke krav stiller metoden til vejlederen?
12. Hvilke positive oplevelser har du haft i forbindelse med feedback?
13. Hvad har du oplevet som svært i forbindelse med feedback?
14. Hvad har din egen opfattelse af den uddannelsessøgende spillet for feedbackforløbet?
15. Har du oplevet at din egen vurdering af den uddannelsessøgende afveg markant fra evalueringsrapportens resultat? (Håndtering heraf?)
16. Beskriv dine erfaringer med at udarbejde handlingsplan(er).
17. Har du oplevet problemer med at omsætte feedbacksituationens 'resultater' i praksis?
18. Hvordan synes du de uddannelsessøgende har oplevet 360-graders evalueringen som helhed?
19. Hvordan synes du de uddannelsessøgende har oplevet din feedback?
20. Er der erfaringer, du har gjort undervejs i feedback, som du kan bruge i fremtidig feedback (fejl, bekræftede strategier, etc.)?
21. Synes du spørgsmålene til respondenter er klart formulerede?
22. Er alle spørgsmål relevante for den uddannelsessøgende?
23. Er der behov for at have forskellige skemaer for forskellige afdelinger?
24. Hvilke etiske aspekter synes du 360°-metoden rummer?
25. Har du oplevet at processen har medført ændringer i den uddannelsessøgendes professionelle virke?
26. Har du oplevet at processen har medført ændringer på afdelingen?
27. Hvordan oplevede du at bruge den web-baserede del?
28. Hvor meget tid bruger du på hvert led i en 360°-feedback?
29. Har du forslag til forbedringer af 360°-feedback?
30. Vil du anbefale at 360°-metoden indføres generelt for uddannelsessøgende speciallæger?

ANNEKS 5: INTERVIEWGUIDE FOR LÆGER UNDER UDDANNELSE

1. Hvordan fik du introduceret 360°-projektet?
2. Hvilke positive oplevelser har du haft i forbindelse med 360°-evaluering?
3. Hvad har du oplevet som svært i forbindelse med 360°-vejledning?
4. Hvilke kriterier lagde du til grund for udvælgelsen af respondenter?
5. Hvor mange respondenter havde du?
6. Opfattede du alle spørgsmål til respondenter som klare?
 - a. Hvis nej, hvilke var uklare?
7. Opfattede du alle spørgsmål til respondenter som relevante?
 - a. Hvis nej, hvilke var ikke relevante?
8. Opfattede du svar-kategorierne som tilfredsstillende?
9. Hvordan oplevede du feedback fra de forskellige faggrupper?
10. Hvordan reagerede du på rapporten?
11. Hvordan har du følt dig rustet til at modtage mundtlig feedback på rapporten?
12. Hvad opfatter du som formålet med den skriftlige rapport?
13. Hvad opfatter du som formålet med den mundtlige feedback?
14. Hvordan vil du karakterisere en vellykket feedback-session?
15. Hvordan oplevede du feedback-sessionen?
16. Hvad nyt mener du 360-graders metoden bibringer speciallægeuddannelsen?
17. Hvilke krav stiller metoden til den uddannelsessøgende?
18. Hvilke krav stiller metoden til 360°-vejlederen?
19. Beskriv dine erfaringer med at udarbejde handlingsplanen.
20. Har du oplevet problemer med at omsætte feedbacksituationens 'resultater' i praksis?
21. Hvilke etiske aspekter synes du 360-graders metoden rummer?
22. Har du oplevet at 360°-processen har medført ændringer i dit professionelle virke?
23. Har du oplevet at 360°-processen har medført ændringer på afdelingen?
24. Hvordan oplevede du at bruge den web-baserede del?
25. Hvor meget tid brugte du på i alt på 360 evaluering?
26. Har du forslag til forbedringer af processen?
27. Vil du anbefale at 360°-metoden indføres generelt for uddannelsessøgende speciallæger?

ANNEKS 6: INTERVIEWGUIDE FOR RESPONDENTER

1. Synes du at du fik en fyldestgørende introduktion til 360°-projektet? Ja/nej
 - a. (beskriv)
2. Hvor mange gange har du givet feedback?
3. Hvordan har du oplevet at vurdere dine kolleger I forbindelse med 360°-vejledning?
4. Hvad opfatter du som formålet med 360°-evaluering?
5. Har du diskuteret din feedback med andre respondenter? Ja/nej
 - a. (hvis ja, beskriv)
6. Hvilke krav synes du metoden stiller til den uddannelsessøgende?
7. Hvilke krav stiller metoden til dig som respondent?
8. Opfattede du alle spørgsmål som klare?
 - a. Hvis nej, hvilke var uklare?
9. Opfattede du alle spørgsmål som relevante?
 - a. Hvis nej, hvilke var ikke relevante?
10. Opfattede du svar-kategorierne som tilfredsstillende?
11. Hvilke etiske aspekter synes du 360-graders metoden rummer?
12. Har du oplevet at 360°-processen har medført ændringer på afdelingen?
13. Var det let at bruge den web-baserede del? Ja/nej?
 - a. beskriv
14. Hvor meget tid brugte du på at give feedback?
15. Har du forslag til forbedringer af processen?
16. Vil du anbefale at 360°-metoden indføres generelt for uddannelsessøgende speciallæger? Ja/nej?
 - a. Hvorfor?

ANNEKS 7: INTERVIEWGUIDE FOR LEDELSESNIVEAU

- 1) Synes du at du har fået fyldestgørende information om 360-graders evaluering pilotprojektet?
 - a. Hvad har du fået at vide?
 - b. I hvilken form er du blevet informeret?
- 2) Hvordan synes du 360°-evaluering som redskab passer til de nye krav til speciallægeuddannelsen?
 - a. Hvad er din holdning til den nye speciallægeuddannelse?
- 3) Hvad må en 360°-evaluering koste?
 - a. I penge per rapport?
 - b. I tid per uddannelsessøgende?
 - c. I uddannelse af certificerede personer i 360°-evaluering?
 - d. I tid for respondenter der er involveret i at give feedback?
- 4) Hvilke uddannelsesmæssige implikationer ser du ved metoden for den uddannelsessøgende læge?
- 5) Har du oplevet modstand mod 360 evaluering blandt kolleger/faggrupper/afdelinger?
- 6) Hvem skal have adgang til at læse den enkelte læges evalueringsrapport?
- 7) Skal 360-graders evalueringen på sigt spille nogen rolle i ansættelsessammenhænge?
- 8) Vil du umiddelbart anbefale at 360-graders evaluering bliver indført permanent for speciallægeuddannelsen efter pilotfasen?
- 9) Synes du metoden er relevant for andre faggrupper eller andre grupper af læger?
- 10) Ville du selv være interesseret i at få lavet en 360-graders evaluering?
 - a. Hvorfor (ikke)?

ANNEKS 8: DAGBOGSFORMAT

DAGBOGSFORMAT

Evaluering af ”360 graders evaluering i speciallæge uddannelse”

Dagbogen udfyldes på dage hvor der har været væsentlig projektaktivitet (husk det skal være samme dag). Efter udfyldelse vælges ’gem som’. Giv filen navn bestående af dine initialer + dato for optegnelserne. Gem derefter filen i RTF-format – det letter efterfølgende analyse. Ret ikke efterfølgende i filen, selvom dit perspektiv på begivenhederne ændrer sig! Navne m.v., som optræder i dagbogen, vil blive behandlet fortroligt og vil ikke være synlige i evalueringsrapporten.

Navn:

Dato:

Aktivitet

(eks. Møde, vejledning, etc.)

Positive erfaringer

Interesser

(Her beskriver du de interesser, folk giver udtryk for i forhold til projektet)

Uenighed og konflikt

(Her beskriver du hvilke væsentlige uenigheder og konflikter der viser sig i løbet af planlægning og implementering)

Forventninger

Her kan du både beskrive dine egne forventninger og andres forventninger som du opfatter dem.

Modstand

Her beskriver du implicit og eksplicit modstand, som projektet møder undervejs.

Andet

Her skriver du observationer, som du finder vigtige, men som ikke er omfattet af ovenstående overskrifter.

ANNEKS 9: INDEKSSYSTEM FOR KODNING AF DATA

Dette anneks rummer en liste over de begreber, som er blevet anvendt ved kodning af det kvalitative interviewmateriale.

- 1 (1) /Implementering
- 2 (1 1) /Implementering/Implementering
- 3 (1 2) /Implementering/Information
- 4 (1 5) /Implementering/Forberedelse
- 5 (1 6) /Implementering/Støtte
- 6 (1 7) /Implementering/Modstand
- 7 (1 8) /Implementering/Formål
- 8 (1 10) /Implementering/Speciallægeuddannelse
- 9 (1 11) /Implementering/Krav
- 10 (1 16) /Implementering/Tidsforbrug
- 11 (2) /Feedbacksession
- 12 (2 3) /Feedbacksession/Erfaringer
- 13 (2 4) /Feedbacksession/Positive
- 14 (2 5) /Feedbacksession/Mundtlig
- 15 (2 7) /Feedbacksession/Vellykket
- 16 (2 9) /Feedbacksession/Vejleders egenskaber
- 17 (2 12) /Feedbacksession/Svært
- 18 (2 13) /Feedbacksession/Vejleders påvirkning
- 19 (2 18) /Feedbacksession/Blevet bedre
- 20 (3) /Udbytte
- 21 (3 14) /Udbytte/Praksisændringer
- 22 (3 15) /Udbytte/Handlingsplan
- 23 (3 26) /Udbytte/Ændringer som følge af 360
- 24 (4) /Anvendelse
- 25 (4 6) /Anvendelse/Ansættelse
- 26 (4 22) /Anvendelse/Skræddersyet til afdeling
- 27 (5) /Ejerskab
- 28 (6) /Tid
- 29 (7) /Anbefalinger
- 30 (7 27) /Anbefalinger/Forslag til forbedringer
- 31 (7 28) /Anbefalinger/Anbefaling af 360
- 32 (8) /Redskabet
- 33 (8 19) /Redskabet/Relevante
- 34 (8 20) /Redskabet/Klart formulerede
- 35 (8 21) /Redskabet/Svarkategorier
- 36 (8 25) /Redskabet/Web brugerflade
- 37 (9) /Etik
- 38 (9 1) /Etik/Etik
- 39 (9 4) /Etik/Fortrolighed
- 40 (9 5) /Etik/Anonymitet