

**Evaluering af projektet
Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder
(KVAI)**

af

Thorkil Thorsen

SYNTHESE

Roskilde
Juli 2006

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	3
Baggrund og formål for evalueringen.....	4
Metoder og data	4
Resultater	5
Om rekrutteringen til KVAI-møderne	5
Om forløbet af selve KVAI-møderne	6
Lægernes oplevelser og vurderinger	7
Hvad skete der på mødet?	7
Mødernes format	7
Hvorfor havde deltagerne meldt sig? Hvilke overvejelser havde de gjort sig inden?	8
Udbytte – hvad gør deltagerne angiveligt anderledes efter mødet?	8
Den pædagogiske tilgang (hvad er ressourcepersonens rolle?)	10
Vurderinger af metoden mere generelt. Hvad kan den bruges til?	11
Krav til ressourcepersonen.....	11
Ressourcepersonernes oplevelser og vurderinger	12
Forventningerne til at være ressourceperson contra virkeligheden	12
”Uddannelsen” til ressourceperson – var den tilstrækkelig?	12
Vurdering af møderne	13
Dimensionering af møderne	13
Det gode møde	14
Forslag til forbedringer	15
Øvrige resultater.....	15
Diskussion.....	15
Konklusioner.....	17
 Bilag A: Faktuelle oplysninger vedr. KVAI-projektet.....	 18

Denne rapport er afleveret til rekvirenterne, Sundhedsstyrelsen og Lægeforeningens Uddannelsessekretariat, 28. juli 2006.

Dataindsamling, analyse og rapportering er gennemført af kultursociolog Thorkil Thorsen, konsulentfirmaet SYNTHESI, www.synthese.dk.

Resumé

Evaluering af projektet Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder (KVAI)

Baggrund

I perioden september 2005 – juni 2006 er praktiserende læger i udvalgte amter blevet tilbudt kollegial vejledning om præventionsrådgivning til indvandrerkvinder. Der er afholdt 21 KVAI-møder i almen praksis med gennemsnitligt 4,3 deltagere. Møderne blev ledet/modereret af såkaldte ressourcepersoner. Disse var selv alment praktiserende læger, som var blevet uddannet specielt til opgaven.

Projektets formål var at fremme lægernes opmærksomhed på de særlige behov, som indvandrerkvinder har for rådgivning og vejledning om prævention, abort og graviditet.

Evalueringen af projektet har haft til formål at forsyne KVAI-projektets baggrundsgruppe med relevant viden for en stillingtagen til projektets fremtid, samt at vurdere kollegial vejledning som metode i efteruddannelsen.

Evalueringsmetode

Dataindsamling er gennemført vha. kvalitative interviews med ressourcepersoner, udvalgte deltagende læger og et medlem af projektets baggrundsgruppe, samt vha. observation af to KVAI-møder og af projektets afslutningsmøde. Desuden indgår ressourcepersonernes mødereferater samt projektets mødestatistik som datagrundlag.

Resultater

Et af KVAI-projektets opstillede successmål (200 læger skal ved projektets afslutning have deltaget i et KVAI-møde) er ikke blevet nået, idet kun 91 læger og personale har deltaget. Dette forklæres dels med ringe interesse for emnet, dels med problemer vedrørende logistik og effektivitet i mødeindkaldelsesprocedurer og mødeplanlægning.

Kollegial vejledning som metode i efteruddannelsen af alment praktiserende læger er blevet vel modtaget af de læger, der er blevet interviewet til dette projekt. Deres opmærksomhed på behovet for præventionsrådgivning af indvandrerkvinder er blevet skærpet, og de mener, at den øgede bevågenhed også vil blive efterfulgt af en ændret klinisk praksis. Nogle mødedeltagere kunne også fortælle om ændringer, de konkret ville eller allerede havde indført.

Ressourcepersonernes ledelse/moderering af møderne blev vurderet positivt af de interviewede deltagere. Ressourcepersonerne selv fandt moderator-opgaven udfordrende og anderledes i forhold til almindelig undervisning; og de kan anbefale, at kommende kollegiale vejledere får en intensiv og længere oplæring i metoden, end de 2 x 1½ time, de selv havde fået. Opgaven med at arrangere møderne havde været uforholdsmæssigt meget tidskrævende; og ressourcepersonerne så gerne, at den varetages af andre.

Konklusion

Projektet nåede ikke sit kvantitative mål for mødedeltagelse.

De afholdte møder blev positivt vurderet af både de interviewede deltagere og af ressourcepersonerne. Deltagere fik øget opmærksomhed på emnet og inspiration og ideer til ændret klinisk praksis.

Kollegial vejledning som efteruddannelsesmetode synes at være anvendelig i hvert fald over for de læger, som er vant til og parate til at reflektere over egen praksis og egne rutiner.

Baggrund og formål for evalueringen

Projektet om Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder (KVAI) har haft til formål at opgradere alment praktiserende læger om emnet og sikre, at de ”er opmærksomme på de særlige behov, som indvandrerkvinder har for rådgivning og vejledning om reproduktiv sundhed, prævention, abort, graviditet og barsel”.¹

På KVAI-projektets hjemmeside², der som en slags annoncetekst henvender sig til alment praktiserende læger med tilbud om at deltage i møder, hedder det:

På KVAI-møderne tilbydes du redskaber og materiale, der gør dig bedre i stand til at tackle udfordringer i mødet med den etniske patient:

- Er der særlige forhold omkring AC i forskellige etniske grupper vi bør tage hensyn til?
- Er der særlige hensyn ved valg af tolk til denne type konsultationer?
- Hvilke konkrete oplysninger har indvandrerkvinder brug for i.f.m. abort og prævention?
- Hvordan overvinder jeg mulige barrierer i konsultationen?

Alment praktiserende læger i 4 amter fik på denne måde mulighed for at få et fagligt løft på området og relevante redskaber og materialer. På den nævnte hjemmeside eller gennem indsendelse af en talon fra andet PR-materiale kunne de melde deres interesse i at deltage i et møde, hvorefter de ville blive kontaktet med henblik på nærmere aftale om tid og sted.

KVAI-møderne skulle bestå af 4-6 kollegaer i lokalområdet, og de ville blive afholdt en eftermiddag i praksis, hvor kollegial sparring og erfaringsudveksling stod i centrum. Til disse møder stillede projektet en lokal ressourceperson til rådighed til at sætte fokus på indvandrerkvinder.

For en nærmere beskrivelse af projektets historie og forløb og deltagelsen heri mm. henvises til Bilag A.

Det aftaltes med rekvirenten af evalueringen, at den har til formål at forsyne KVAI-projektets baggrundsgruppe med relevant viden for en stillingtagen til projektets fremtid. Gennem beskrivelse af forløbet af konkrete KVAI-møder og beskrivelse af deltageres oplevelse af møderne og selve konceptet, samt gennem en vurdering af relevansen af uddannelsen af ressourcepersonerne til at varetage deres opgave, skal evalueringen beskæftige sig med disse hovedpunkter:

1. Anvendeligheden af kollegial vejledning som metode
2. KVAI-mødernes (den kollegiale vejlednings) relevans og modtagelse blandt praktiserende læger.
3. KVAI-mødernes effekt i almen praksis.

Metoder og data

Evalueringen bygger på følgende data:

- Observation af undervisningen af ressourcepersonerne (kun på den 2. undervisningsseance).
- Ressourcepersonernes korte skriftlige referater og vurderinger efter hvert afholdt møde om mødets forløb og deltageres tilfredshed.
- Evaluators observation af 2 KVAI-møder, hvori foruden ressourcepersonen deltog 3 læger og 2 personaler, henholdsvis 6 læger og 2 sekretærer og 1 sygeplejerske.
- Interview med et af baggrundsgruppens medlemmer ang. projektets baggrund, historie og selvforståelse.

¹ Sundhedsstyrelsen: *Abort og indvandrerkvinder - Kollegial vejledning til praktiserende læger*. Udateret notat.

² <http://www.kvai.cursum.net>

- Interviews med 6 kvindelige praktiserende læger (hvoraf de 2 blev interviewet sammen) angående deres erfaringer, vurderinger og holdninger til det KVAI-møde, de havde deltaget i, og til kollegial vejledning mere generelt som efteruddannelsesmetode. Rekruttering af lægerne til interview skete dels via Uddannelsessekretariatets forespørgsel pr. e-mail til de læger, som havde deltaget i et KVAI-møde (6 af disse svarede positivt tilbage, at de gerne stillede op til et interview, og heraf interviewedes de 5), dels gennem evaluators egen forespørgsel efter observation af et KVAI-møde til en enkelt læge, som indvilgede og blev interviewet. Interviewene, som varede mellem $\frac{3}{4}$ og 1 time, gennemførtes i lægens praksis 1-8 måneder efter KVAI-mødet.
- Gruppeinterview (1½ time) med de 4 ressourcepersoner umiddelbart inden projektets afslutningsmøde.
- Observation af afslutningsmødet, hvori deltog projektets baggrundsgruppe og de 4 ressourcepersoner.
- Møde- og mødeindkaldelsesstatistik mm.

Observations- og interviewdata er analyseret med henblik på at beskrive projektforløb og deltageroplevelser i relation til evalueringens hovedspørgsmål.

Resultater

Om rekrutteringen til KVAI-møderne

Rekrutteringen af alment praktiserende læger i de deltagende amter til at deltage i KVAI-møder skete via annoncering i medicinske tidsskrifter, Internet-sites og massemails til ca. 1100 læger eller målrettede mails til udvalgte læger (se Bilag A i denne rapport).

Som det fremgår af bilag A, så levede tilslutningen til KVAI-møderne ikke op til det på forhånd opstillede succeskriterium. For det første var interessen for projektet ikke overvældende: Kun 127 læger meldte sig som interesserede i at deltage i et møde. For det andet var der logistiske problemer: Det lykkedes for kun 91 (læger og personale) at deltage i et møde. At det ikke lykkedes at afholde KVAI-møde med alle dem, der ønskede det, skyldtes ifølge Uddannelsessekretariatet (Bilag A) primært sidsteøjebliks-afbud og problemer med at få skaffet en ”anvendelig” dato.

Hvorfor har den massive markedsføring af tilbuddet ikke ført til et større antal henvendelser? Som det fremgår nedenfor, så havde de fleste af de interviewede deltagere meldt sig, *ikke* fordi de oplevede problemer med præventionsvejledning, eller fordi de direkte havde eksplicitte ønsker om at dygtiggøre sig på dette felt.

Ressourcepersonerne mener endda at kunne have sporet en tendens til, at kun få af deltagerne i KVAI-møderne har haft mange indvandrere blandt deres patienter – eller omvendt formuleret: ”indvandrer-tunge” praksis har ikke stået i kø for at deltage. Ressourcepersonerne forestiller sig som *mulig* forklaring herpå, at læger med mange kvindelige indvandrere tænker, at de på grund af de mange indvandrerpatienter er tilstrækkeligt øvede i at gennemføre fornuftige samtaler om prævention.

En anden af ressourcepersonernes vurdering er, at selve *overskriften* på tilbuddet, Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder, måske sendte det forkerte signal. De opfatter *abort* som alt for smalt – og misvisende, fordi det jo mere skulle handle om prævention, og om hvordan man snakker om det.

Endelig har dette efteruddannelsesstilbud skullet konkurrere med et meget stort antal andre tilbud, og indvandrer-relaterede emner har måske ikke den største *appeal* eller status i målgruppen. En af bag-

grundsgruppens medlemmer mente på afslutningsmødet, at indvandrere er et typisk ”brokke-emne”, dvs. at mange praktiserende læger synes, det er et besværligt område, men at det til trods herfor er sjældent forekommende, at de deltager i relevante (efteruddannelses)tilbud.

Den beherskede tilslutning til KVAI-møderne kan således ikke nødvendigvis fortolkes som praktiserende lægers forbehold over for selve metoden, kollegial vejledning.

Angående logistikken gav de fleste af ressourcepersonerne ved projektets afslutning udtryk for, at der havde været meget ”bøvl” med den anvendte rekrutteringsmetode og med planlægningen omkring de konkrete møder. En af dem kunne fortælle følgende, som til fulde illustrerer besværlighederne:

Der har været bøvl med kommunikationsvejene. Der har været sådan lidt spredt fægtning med tilmeldinger. Og fra starten prøvede de også herfra [fra Uddannelsessekretariatet] at få disse her mennesker samlet. Med det resultat, at dem der ikke fik det i deres egen praksis, de dukkede bare ikke op. Eller meldte fra og blev kontaktet – og så skete der ikke mere. (...) Altså, de første gange jeg forsøgte... hvad det tog af tid! Når man havde 3, man skulle prøve... og spørger: Hvornår kunne du tænke dig? Nå, det kunne de sådan og sådan. På et tidspunkt gik jeg ud til dem og sagde: Jeg har nu 3 forslag. Hvornår kan du i den praksis, man regnede med at det skulle være, ikke. Og så vendte tilbage til de andre. Hvis det så ikke duede, så var det det hele forfra igen. Jeg synes ikke, det fungerede!

Nogle af ressourcepersonerne fortalte, at de havde brugt mere tid på at skrive e-mails, telefonere, lave aftaler, arrangere møder osv. end på den egentlige kerneydelse: at facilitere selve KVAI-møderne.

En af ressourcepersonerne havde været meget pragmatisk og fortalt de interesserede, hvem der ud over dem selv havde meldt sig, og havde opfordret dem til selv at finde en dato og et mødested – og så ville hun møde op dér. (Denne model var kun mulig, fordi ressourcepersonen sidder i delepraksis og derfor havde en stor fleksibilitet for afholdelsen af KVAI-møderne).

Ressourcepersonerne fandt, at sekretariatet havde været meget beredvilligt med at stå til rådighed og hjælpe med mødeindkaldelser mv. Men de havde også oplevet, at effektiviteten ikke altid stod mål med paratheden. *Der var en hel del småfejl*, som det blev udtrykt. Der kunne berettes om dårlig kommunikation og dårlig brevveksling, om møder, der var blevet aflyst af sekretariatet, som ikke skulle have været aflyst.

Om forløbet af selve KVAI-møderne

De korte mødereferater fra ressourcepersonerne og evaluators observationer og interviews tegner et ensartet billede af, hvordan KVAI-møderne almindeligvis forløb.

Møderne varede mellem 1½ og 2½ time. Det er evaluators indtryk, at den brugte tid tilpassedes – og passede til – deltagernes ønsker og behandlingen af emnet. Deltagerne fandt, at man var kommet godt rundt om de relevante problemstillinger *på en stille og rolig måde*, som en af de interviewede udtrykte det. Og på den anden side syntes de interviewede ikke, at der havde været tomgangssnak.

Det var på forhånd annonceret, at møderne henvendte sig til læger, men at praksispersonale også var velkomment. Hovedparten af de 21 møder havde deltagelse af læger (herunder uddannelseslæger og praksisreservelæger) og personale (sygeplejersker og/eller sekretærer), mens der i ca. 1/3 af møderne kun deltog læger. Nogle af de interviewede læger, som ikke havde haft personale med,

angav, at de ikke havde været opmærksomme på den mulighed. I et af tilfældene havde sekretæren fået forfald.

Godt halvdelen af KVAI-møderne havde deltagelse kun fra den praksis, hvor mødet foregik. Alle møder afholdtes i praksis' lokaler, og det foregik typisk i forlængede frokostpauser eller efter konsultationstidens ophør. Ikke i alle tilfælde var det dog muligt at sikre "beskyttede" rammer for mødet. Således måtte sekretærer tage telefonen undervejs, eller deltagende læger kaldtes til telefonen. Et eksempel på, hvilke forhindringer en sådan praksisnær mødeform *kan* komme ud for, beskrives af en af ressourcepersonerne i de skriftlige kommentarer efter et møde, hvori skulle have deltaget lægen, en uddannelseslæge og en sygeplejerske: *Uddannelseslægen ikke til stede grundet hustrus fødsel, sygeplejerske kaldt hjem grundet barn syg, lægen kaldt akut ud til døende patient*. Det, der skulle have været et kollegialt praksismøde, udviklede sig til en afbrudt individuel vejledning.

Lægernes oplevelser og vurderinger

Hvad skete der på mødet?

Ikke alle interviewede læger kunne huske forløbet af det KVAI-møde, de havde deltaget i (for nogets vedkommende lå det 5 måneder tilbage i tiden). Men der tegner sig dette billede (hvilket også understøttes af evaluators observation af 2 KVAI-møder samt af ressourcepersonernes notater):

Ressourcepersonen indledte med at kridte banen op: Fortalte om høje abortrater blandt indvandrerkvinder fra bestemte lande og spurgte om deltagernes erfaringer og forventninger til mødet. Undervejs eller ved afslutningen uddelte ressourcepersonen skriftlige materialer og et lamineret ark med bl.a. illustration af forskellige præventionsmidler. De interviewede kunne også (umiddelbart eller lidt hjulpet på vej af interviewer) huske, at der var blevet snakket ud fra cases, og at brug af tolke også havde været et tema. Ved mødet afslutning var det almindeligt, at ressourcepersonen bad deltagerne om at fortælle, hvad de havde fået ud af det – hvad de "tog med hjem".

Alle interviewede gav i øvrigt udtryk for, at der havde været ivrig deltagelse af alle tilstedeværende – og at dette var hjulpet godt på vej gennem ressourcepersonernes inviterende og åbne facon.

De interviewede fortalte også, at det havde været godt at tage udgangspunkt i de case-beskrivelser, som ressourcepersonen havde taget med. Endvidere fortalte de om udlevering af skriftlige materialer (nogle steder på flere sprog).

Mødernes format

De interviewede læger havde deltaget i KVAI-møder med 2-6 deltagere foruden ressourcepersonen. Deres vurderinger angående størrelsen på sådanne møder var, at de skal være på max. 8 deltagere (for at muliggøre at alle kan komme til orde, og for at undgå at nogen sidder og putter sig). Der skal på den anden side heller ikke være for få, for så er det samlede (og sammenlagte) erfaringsgrundlag ikke stort nok. Og en af de interviewede ville betakke sig for at få individuel vejledning: *Nej, det ville jeg ikke have kunnet lide. Jeg kan godt lide, at der sidder andre og tager lidt af opmærksomheden. Jeg er lidt tryghedsnarkoman. Jeg skal også høre lidt, hvad de andre siger, for at jeg tør sige noget. Det ville føles som eksamen, hvis de kun kom ud til mig. Og jeg vil også gerne høre om andres erfaringer.*

Nogle havde ikke opfattet, at mødet var et tilbud også til praksispersonalet. Der var blandt dem, der ikke havde haft personalet med, delte meninger om, hvorvidt det kunne have været relevant for deres praksis og/eller for personalet.

Om de møder, hvor der faktisk deltog praksispersonale, fortalte de interviewede, at alle havde deltaget på lige fod, og at personalet bagefter havde givet udtryk for, at det havde været gavnligt for dem at deltage. Også ressourcepersonernes små notater efter hvert møde giver indtryk af, at personalet har været engagerede deltagere.

Hvorfor havde deltagerne meldt sig? Hvilke overvejelser havde de gjort sig inden?

De 6 interviewede læger blev spurgt om, hvorfor de havde meldt sig til et KVAI-møde. Det typiske svar var *ikke*, at de syntes, at de havde problemer med at snakke prævention med kvindelige patienter af indvandrerbaggrund eller oplevede høje abortrater blandt disse. Nogle af de adspurgte angav endda eksplicit, at de ikke har mange indvandrerkvinder i deres praksis, og at temaet derfor ikke forekom dem særligt påtrængende.

En af de interviewede forklarede sin deltagelse med, at hun har en del indvandrerkvinder, hvoraf nogle skulle have abort, og at hun på den måde måske kan siges ikke at have gjort det godt nok. Hendes forventninger var, at hun ved at høre, hvad andre gør, kunne blive lidt klogere: *Kan jeg stramme lidt op om, hvad jeg gør; og måske endda få lidt mere styr på, at det skal foregå sådan og sådan.*

En af de andre begrundelser for at melde sig til KVAI-mødet var en vis nysgerrighed over for selve konceptet kollegial vejledning. Fx siger en af de interviewede: *Fordi jeg syntes det lød som en spændende måde at lære nogle nye ting på. Det tror jeg egentlige er det væsentligste. Altså, jeg ville gerne være med til at prøve metoden.*

På projektets afslutningsmøde og i interviewet med ressourcepersonerne kom det også frem, at de deltagere, som havde meldt sig, nok ikke var dem, der havde flest patienter med indvandrerbaggrund eller havde de største problemer med at rådgive disse om prævention.

Udbytte – hvad gør deltagerne angiveligt anderledes efter mødet?

Kunne de interviewede læger så fortælle evaluator, hvad mødet havde givet dem? Det var svært for alle umiddelbart at beskrive udbyttet i helt konkrete vendinger. Det største udbytte synes i første omgang at ligge i den bevidstgørelse og den fokusering på emnet, som møderne gav. Og denne bevidstgørelse forventes at medføre ændret praksis. Her er nogle af de interviewedes egne beskrivelser:

Læge 1: *Men jeg vil nok have svært ved at sige, hvad jeg specifikt har fået ud af det. Om jeg har ændret på noget. Det er jeg ikke sikker på, jeg har. Men jeg er i hvert fald blevet bevidst om nogle flere ting, ikke. Og at jeg... åh lige skal sådan øh... jamen være mere opmærksom måske, ikke.*

Interviewer: *Så du kan ikke nævne 3 konkrete ting, hvor du siger: Det her var ikke noget, jeg tænkte på inden, men nu ved jeg det – nu tænker jeg på det?*

Læge 1: *Nej, det får jeg nok svært ved. Andet end at jeg skal være mere opmærksom, og være mere opmærksom på de helt unge indvandrerpiger. Om de overhovedet bruger prævention, ikke. Og at de ikke bare.... nå, ja... ser hvad der sker, ikke. Jeg har svært ved at sige... lige præcis dette har jeg ændret noget ved. Det har jeg. Andet end opmærksomhedsmæssigt. Bevidstgørelse, ikke. Og det kan jo så på længere sigt ændre nogle ting, ikke. Men jeg har svært ved at sige det konkret.*

Læge 2: *Helt ærligt, syntes jeg ikke jeg fik vanvittigt meget ud af det. Måske også fordi mange af de indvandrerkvinder, jeg har, de er... mange af dem er forholdsvis godt integreret. Og mange af dem kan man godt fortælle, at de skal bruge p-piller. Og det forstår de fuldt ud. Og de kommer selv og spørger om det. Så indtil nu har jeg ikke haft mange af de helt store problemer. Men det kan være,*

at jeg får det, ikke. [...] Og når jeg hørte, hvad de andre gjorde, så synes jeg, at det var ikke helt tosset, det, jeg går og laver. Så det var ikke sådan, at lyset åbenbarede sig for mig.

Interviewer: Skyldes det indholdet på mødet og den måde det blev kørt på, eller skyldes det, at det du gør i forvejen, tilsyneladende er godt nok. Eller fordi de problemer, som I snakkede om, ikke er de problemer, som du har?

Læge 2: Det ved jeg ikke rigtigt. Selvfølgelig, man kan sige, at så længe der er en der skal have en abort, så er det måske ikke godt nok. Jeg har da givetvis problemer, og selvfølgelig... jeg kan da ikke sige, at jeg slet ikke fik noget ud af det, for man bliver jo gjort opmærksom på, at man skal selv være mere opmærksom og se igennem de der ting. Så jeg kan ikke sige, at jeg slet ikke fik noget ud af det. Og grunden til, at jeg måske ikke fik mere ud af det end jeg gjorde, ja...? Altså, selvfølgelig, hvis der kom en eller anden fra obstetrisk selskab og sagde, at her er der nogle retningslinjer, og dem skal I følge, så kan man selvfølgelig sige, at så fik man noget konkret ud af det. Men det her møde... det man fik ud af det det var selvfølgelig opmærksomheden på problemet.

Interviewer: Hvad vidste du efter mødet, som du ikke vidste inden, om det her område?

Læge 2: Ja. Høh... Ja! Ja, nu er det snart længe siden [griner] Jeg sidder og tænker lidt. Øh...Hm ...[Lang pause]. Jaeh, jeg kan ikke sige dig noget konkret, egentlig. Det kan jeg ikke.

Interviewer: Udover måske en øget opmærksomhed, som du sagde før?

Læge 2: Ja. Ja.

Interviewer: Har den øgede opmærksomhed givet sig udtryk i, at du har handlet anderledes, når du har siddet med indvandrerpatienter?

Læge 2: Ja, måske. Har ikke haft så mange med den problemstilling. Når jeg tænker tilbage over tid, kan ikke lige komme i tanker om, at her gjorde jeg noget, som jeg ellers ikke ville have gjort.

En anden læge, som havde meldt sig mest af nysgerrighed over for metoden, siger: *Jamen, jeg lærte da nogle ting. Helt klart.* Og hun eksemplificerer det bl.a. med, at hun fremover vil gøre det til rutine at snakke prævention, når moderen kommer med barnet til børneundersøgelse eller efter en graviditet.

Andre angiver at have lært, at det er vigtigt at snakke prævention på dette rette niveau – og at starte med at spørge patienten, hvad vedkommende ved, for ikke at snakke helt ved siden af.

En læge fra en praksis, hvor præventionsrådgivning siges at være et af deres kerneområder, fortæller om sit udbytte:

Jeg har sådan tænkt lidt over det, hvad har vi egentlig fået ud af det, og hvad har været implementeret. Hvad har man brugt i praksis bagefter. Så er jeg bare kommet til den konklusion, at jeg ikke har haft så mange indvandrerkvinder efter det møde, så jeg synes ikke mit statistiske materiale er særligt overbevisende. Men... der er stadigvæk nogle ting, hvor jeg tænker, sådan lige de der hovedkerneområder: Spørge kvinderne, hvor mange børn de skal have, og så høre lidt mere ind til, hvordan tror de selv, det her prævention det virker. Hvad er deres forventninger og forestillinger omkring det. Det tror jeg nok er de store kasser jeg har taget med mig.

Interviewer: Kunne du have stillet de spørgsmål uden at have været på det her møde?

Lægen: Jo, det kunne jeg godt. Men så havde jeg ikke sat det op på den måde. Jeg synes, jeg er blevet mere klar over, hvor problemerne kan ligge i forhold til rådgivning af de kvinder, ikke. Og hvor vigtigt det er at have fokus på, at vi er meget forskelligt opdraget. Og den her baggrund, man har... altså hvilken betydning den her baggrund har, for at man skal give et budskab videre.

Det går igen i interviewene, at selv om forventningerne til udbyttet måske ikke havde været store, så var det dog en almindelig oplevelse, at det gik op for én, at der var mange ting, man ikke havde tænkt på, og som det ville være fornuftigt at have med fremover. Det nævnes flere gange, at det var overraskende at få at vide, at indvandrerkvinder generelt gerne vil snakke prævention, og at de helst

vil gøre dette med deres praktiserende læge. Denne ny viden har i hvert fald skabt intentioner hos deltagerne om at være mere inviterende i forhold til patienten, eller om at være mere direkte og spørge til hendes ønsker om at få flere børn, eller spørge til hendes viden om prævention osv.

I nogle tilfælde var der imidlertid endda så meget dynamik på mødet, at deltagerne på stedet aftalte med hinanden, at de fx ville lave nye rutiner i deres praksis, eller at de ville skrive til praksisudvalget for at få gjort noget ved tolkesituationen, som de fandt meget problematisk og hæmmende for konsultationerne.

Alt i alt kan man sige, at deltagerne er blevet bevidstgjorte om nogle forhold, som de ikke havde gjort sig forestillinger om på forhånd. Fx høje abortrater blandt visse indvandrergrupper; indvandrerkvindernes parathed til at snakke om prævention og seksualitet; indvandrerkvindernes ønske om at have deres praktiserende læge som samtalepartner desangående. Den øgede bevidsthed om disse forhold, mente de interviewede, vil i fremtiden påvirke deres håndtering af emnet. Men da mange af de interviewede ikke har mange indvandrerpatienter, så kunne kun en enkelt på interviewtidspunktet berette, at hun allerede havde afprøvet de nye ideer i en konsultation.

Den pædagogiske tilgang (hvad er ressourcepersonens rolle?)

De interviewede læger blev bedt om at beskrive, hvordan mødet forløb mht., hvem der styrede fremdriften; om ressourcepersonen vidste mere end deltagerne; hvad det betyder for udbyttet, at alle bidrager osv.

Det følgende længere interview-udpluk er ganske rammende og opsummerende for, hvad også de andre interviewede læger betragtede som styrken i den kollegiale vejledning:

Interviewer: *Vidste hun [ressourcepersonen] mere end I gjorde – hver især eller tilsammen?*

Lægen: *Det var egentlig det, jeg syntes var så rart ved det her, at vi lagde vores fælles viden sammen og blev klogere. Hun havde nogle faktuelle ting, som vi andre ikke havde opsøgt, men, men, men altså... ved at vi talte om tingene på den måde, som vi gjorde, så føler jeg, at det var hele gruppens viden, som blev samlet sammen, og vi blev alle sammen løftet. Så jeg synes ikke specielt det var hende, som kom med... men hun var sådan... altså, fordi hun var der, og fordi det var det emne, vi skulle tale om, så mobiliserede vi alle sammen den viden, vi havde om de der ting. Altså, sådan oplevede jeg det.*

Interviewer: *Så hun var en slags moderator eller...?*

Lægen: *Facilitator. Ja, det synes jeg.*

Interviewer: *Når jeg nu spørger til, hvem der havde løsningerne eller de rigtige svar, og du siger, at det havde vi faktisk alle sammen...*

Lægen: *Jo men ikke som enkeltpersoner, måske, men som gruppe. Altså, nogen sad med en løsning på et lille problem; en anden havde noget om et andet, og nogen om et tredje, ikke. Og så ved at vi... det stimulerede os alle sammen til at tænke på en anden måde. Eller til at mobilisere den viden, vi havde. Det var egentlig det, jeg oplevede undervejs.*

Interviewer: *Hvordan kan man være sikker på, at den måde, som en af jer fremhæver som god, nu er den mest hensigtsmæssige, og som man så kan bruge?*

Lægen (tøvende i begyndelsen): *Det kan du vel heller ikke, fuldstændig. Men så tror jeg, at gruppen ville stille spørgsmålstejn ved det. Hvorfor gør du sådan? Og der tror jeg... der synes jeg, at klimaet... stemningen i gruppen var sådan, at... ”Det var dog noget underligt noget”, ville vi have sagt, hvis vi syntes... Så jeg synes ikke, det var hende [ressourcepersonen], der sad med nogle løsninger, som hun gerne ville have, vi skulle komme frem til. Men hun havde så været i nogle andre grupper, hvor hun sådan kunne sige, at jamen i den gruppe gjorde de sådan... eller jeg hørte, at...*

Vurderinger af metoden mere generelt. Hvad kan den bruges til?

Kollegial vejledning som metode fik positive ”anmeldelser”. De interviewede læger hæftede sig ved, at alle kom til orde; at man kunne lære af de andre menige deltagere; at ressourcepersonen vidste noget mere end deltagerne og derfor havde tilstrækkeligt overblik til at kunne facilitere og holde diskussionen fokuseret; at der havde været et befordrende diskussionsklima; at de anvendte cases havde været givtige at snakke udfra; at det udleverede skriftlige materiale havde været relevant.

Disse erfaringer og skudsmål er godt nok hentet i KVAI-projektet, men de kan næppe betragtes som eksklusivt gældende for emnet indvandrerkvinder og abort. De fremhævede kvaliteter må ses som værende af mere generisk karakter.

Interviewene med lægerne kom også ind på, om kollegial vejledning er egnet til andre emner end det aktuelle. De fleste af de 6 læger mente, at metoden kunne bruges til alle slags emner. En enkelt af dem var dog lidt skeptisk over for rent ”håndværksmæssige” emner (fx behandling af hypertension), hvor faktisk og relevant viden lige så godt kunne formidles gennem eksempelvis en klinisk vejledning.

En af de interviewede understregede, at metoden kollegial vejledning ikke egner sig til emner, som ingen af deltagerne ved noget om i forvejen. For så er der ikke en fælles erfaring at trække på – eller individuelle erfaringer at lægge sammen.

Direkte adspurgt af interviewereren fortalte et par af lægerne, at kollegial vejledning som praktiseret i dette projekt ikke har nogen løftet pegefingre, sådan som man eventuelt kan føle det, når fx den amtslige lægemiddelkonsulent kommer med sine statistikker, som viser, at man ligger dårligt til i forhold til kollegaerne i amtet. En tredje læge fandt dog ikke sådanne statistikker negative, og hun ville ikke – hvis det havde været muligt og meningsfuldt – have noget imod sammenlignelige statistikker om indvandrerkvinders abortrater i forskellige praksis.

Krav til ressourcepersonen

De interviewede læger gav alle udtryk for, at det er meget vigtigt – for ikke at sige: afgørende – at ressourcepersonen selv er alment praktiserende læge. Det har den fordel, at han/hun er godt indsat i almen praksis’ hverdag, at vedkommende har det samme erfaringsgrundlag og ”taler samme sprog” som deltagerne.

Ressourcepersonen skal ifølge de interviewede ikke være specialist (fx gynækolog eller fra et andet medicinsk speciale) eller ”ekspert”. Og de betragtede da heller ikke den konkrete ressourceperson som ekspert. Men alle mente, at ressourcepersonen skal vide mere om emnet end de læger, som hun besøger. *Hun skal være et hestehoved foran*, som en af dem udtrykte det. Hun skal have sat sig mere ind i problemstillingen end målgruppen, og dette skal give sig udslag i, at hun har et større overblik og kan systematisere sin viden til gavn for den dialog, som ifølge de interviewede bør kendetegne kollegial vejledning.

I øvrigt gav flere af de interviewede spontant udtryk for, at de ikke brød sig om begrebet ”ressourceperson”. En af dem udtrykte det på den måde: *Jeg synes, at det der ord ressourcepersoner, det er sådan noget virkeligtøøøøijjh. ”Ressourceperson” er sådan noget moderne, aehh. ... Ressourceperson. Hva’ Søren, lige da du sagde, der troede jeg, at det var mig, der var ressourceperson. Så gik det op for mig, at det var det ikke. Det var underviseren.*

Heller ikke ressourcepersonerne selv var synderligt tilfredse med betegnelsen ”ressourceperson” og havde andre ideer (som de dog heller ikke var helt tilfredse med), fx underviser eller vidensdeler eller oplægsholder eller igangsætter eller ... eller ... eller.

Ressourcepersonernes oplevelser og vurderinger

Forventningerne til at være ressourceperson contra virkeligheden

Ressourcepersonerne i dette projekt var alle selv alment praktiserende læger. Da de sagde ja til at fungere som ressourceperson i projektet – viste det sig senere – var de ikke helt klar over, hvad de gik indtil. Deres bevæggrunde for at være med var typisk, at de så kunne blive klogere på emnet og dermed bedre rustede til deres egen kliniske hverdag og til at *undervise* kollegaer. Men det skulle senere vise sig, at det ikke handlede om undervisning, men om at få en kollegial diskussion i gang og holde den ved lige og holde fokus. Fx siger en af de interviewede:

I første omgang tænkte jeg, at nu skal jeg blive rigtigt klog på det her, så jeg kan fortælle andre, hvordan tingene hænger sammen. Hvad alle statistikkerne siger. Men så gik det op for mig herinde [til introduktionsdagen og undervisningen i Uddannelsessekretariatet], at det jeg skulle, var i virkeligheden bare at katalysere. Og det er i virkeligheden meget, meget sværere... at komme ud til sine kollegaer og egentlig ikke skulle undervise, men skulle sætte en proces, en diskussion i gang. Få vendt nogle ting, gjort nogle overvejelser. Og den måde er de fleste af os ikke vant til at arbejde på. Vi er vant til at få katedral undervisning, de steder vi kommer. Så det var den største udfordring at tænke på, hvordan skal man få alle, der sidder omkring bordet, bragt på banen. Forventede også større tilslutning. Næsten sådan, at jo flere indvandrere der er i et område, des mindre har interessen faktisk været for disse møder.

”Uddannelsen” til ressourceperson – var den tilstrækkelig?

Ressourcepersonerne havde inden og undervejs i projektet modtaget undervisning i KVAI-projektets emne og metode (se Bilag A).

Emnet indvandrerkvinder, prævention og abort var genstand for en del af undervisningen, hvor der præsenteredes undersøgelser, statistik mm., og hvor der var en tyrkisk tolk, som skulle kaste lys over, hvordan kvinder kunne betragte den praktiserende læges rolle, og hvad de ville tale med ham/hende om.

Undervisningen i kollegial vejledning som metode gennemførtes af Karen Faurfelt (Center for Voksenuddannelse og Vejledning) og varede 2 x 1½ time. Ressourcepersonerne siger, at de fik små redskaber med til at sikre en god proces og gøre møderne vellykkede. Men det var lidt overvældende ved den første undervisningsseance. Anden gang faldt alting lidt mere på plads. Som eksempler på redskaber og gode fif, nævnte ressourcepersonerne, at man helt banalt kunne spørge: Hvorfor har du meldt dig? Hvad er dine forventninger? Og opsamlende: Er nogle af dine forventninger blevet indfriet? Er der 3 ting – eller én – du kan tage med? Endvidere var det godt at blive gjort opmærksom på og træne, at man kan lade samtalen køre i noget længere tid; og at holde sig tilbage og søge at få mere gruppedynamik ud af det ved at være mindre styrende selv.

Et par af de fire ressourcepersoner fortalte i det afsluttende gruppeinterview med evaluator, at det godt kunne være svært ved de første KVAI-møder at håndtere rollen som moderator/facilitator. Man kunne være tilbøjelig til selv at snakke lidt for meget og komme med for lange oplæg.

I interviewet ved projektets afslutning sagde ressourcepersonerne, at de nok kunne have ønsket sig, at undervisningen med Karen Faurfelt var blevet optaget på video, sådan at de havde haft mulighed

for senere at spole tilbage og gense noget af den instruktion, de havde fået men måske stadig var lidt usikre på. Eller de kunne ønske sig, at der havde været afsat flere timer til hendes undervisning, og at der havde været mulighed for træning af de forskellige teknikker og rollespil med det konkrete emne. En supervisor kunne også have været ønskelig.

Men vurderet ud fra de 6 interviewede lægers beskrivelser og ud fra evaluators observation af 2 KVAI-møder, så formåede ressourcepersonerne generelt at leve op til de ”standarder”, som projektet implicit havde sat for deres virke som facilitatorer.

Der kunne selvsagt opstå faktuelle spørgsmål fra deltagerne på KVAI-møderne, som ressourcepersonerne ikke kunne svare på. Men det havde ikke givet anledning til panik, fordi selve processen ikke var blevet hæmmet derved. Ressourcepersonerne fortalte under interviewet, at de jo også havde lært, at man kan forhøre sig i gruppen, om andre har et svar (hvad meget vel kunne være tilfældet). Og endelig havde ressourcepersonerne jo også lært, at det er vigtigt indledningsvis at kridte banen op og gøre KVAI-mødet opmærksom på, hvilken rolle deltagerne har, herunder at ressourcepersonen er tildelt rollen som den, der styrer.

Vurdering af møderne

Det var ressourcepersonernes gennemgående opfattelse, at en del af deltagerne ikke på forhånd så det indlysende i at være med til et KVAI-møde (som endda skulle vare to timer). Men undervejs gik det op for deltagerne, at der var mange ting, som de slet ikke havde tænkt på før. Og ressourcepersonerne mener, at det er noget nyt og anderledes i forhold til at sidde passivt og modtage undervisning og få en manual med hjem.

Ud over at finde ud af, at der var ting, man ikke havde tænkt over tidligere, så har mødedeltagerne ifølge ressourcepersonerne også fået ideer til ændret praksis. Fx sagde en af ressourcepersonerne:

Folk synes det har været godt. De har fået mere ud af formen, end de havde ventet. Formen har været meget mere spændende og givet anledning til noget refleksion de fleste steder – ikke alle steder – og ændret noget i deres dagligdag: Altså, nå så kunne vi gøre sådan eller sådan; og det må vi huske, og sådan. På den måde har formen givet anledning til ændringer i rutinerne og andre tanker end en almindelig anden undervisning ville have gjort.

Ressourcepersonerne var også enige om, at energiniveauet hos deltagerne faktisk typisk var højere ved mødernes slutning end ved deres begyndelse, hvilket sås som et godt tegn. Det blev også fremhævet som noget positivt, når der både er personale og læger til stede ved møderne, fordi det fremmer dialog og interkollegialitet. Ressourcepersonerne havde ofte haft den fornemmelse, at de havde sat en proces i gang, som ville køre videre, efter at de var ude af døren.

Dimensionering af møderne

Ressourcepersonerne fortalte, at de i begyndelsen af projektet havde afsat 3 timer til afholdelse af KVAI-møderne, men at deres erfaring viste, at 1½-2 timer var mere passende.

Spørgsmålet om mødernes størrelse og deltageres sammensætning er ikke helt enkelt. For mens der kan være masser af dialog og dynamik på nogle møder med 2 eller 3 deltagere, kan andre møder med et tilsvarende antal være mere tunge – særligt måske hvis deltagerne kender hinanden rigtigt godt i forvejen. Større møder med potentielt mere dynamik indeholder til gengæld nogle gange andre problemer. En af ressourcepersonerne beskriver dilemmaerne på denne malende måde:

Møder er for små, hvis der kun er 2-3 til stede. Har prøvet med 2 læger og en sygeplejerske eller en sekretær. Det var simpelthen for uinteressant, der skete ikke nok. Der skal være en 4-5-6 til stede ud over mig, synes jeg.

Interviewer: *Der sker ikke nok, fordi...?*

Ressourceperson: *Fordi... Det har også været nogen, der kendte hinanden godt. De kender hver en tanke. De går op og ned ad hinanden hver dag. Hvis der skal ske noget, så skal der være noget, som én siger, der bringer den anden lidt videre, som bringer den tredje lidt videre, og som får den femte til at tænke på noget i forbindelse med det. Hvis man er to læger, som går op og ned ad hinanden hver dag, så ... jamen, det er måske bare den ene gang, jeg havde de to læger, jeg synes sgu det var lidt uinteressant på en eller anden måde. Hvor blev det af? Det er jo ikke noget statistisk, det kan også være, at det bare var mig, der ikke var god nok, det skal jeg ikke kunne sige. ... Men hvor møderne var store, var det til gengæld svært at få alle med. Nogle sad og puttede lidt i et hjørne og måske pippede lidt. Og så nogle, der hurtigt var... havde enormt meget, de ville af med, og var lidt svære at styre, synes jeg. Vi kunne heller ikke sidde i en rundkreds, der var ikke plads til det, så vi sad lidt i lag, lidt op og ned ad skabe, og en telefon der kimer. Det kan hurtigt blive sådan en lidt forvirret stemning.*

(Man kan i denne beskrivelse også lægge mærke til, at det omtalte møde ikke havde sikret beskyttet tid, og at når telefonen derfor ringede undervejs, bidrog også dette til en forvirret stemning).

Møder med 4-8 deltagere synes dog at være ressourcepersonernes foretrukne format. Og det fremhævedes, at det var positivt at have deltagelse af både læger og personale, fordi begge parter dermed kan få et bredere, mere nuanceret perspektiv på problemstillingen og få belyst, hvordan verden ser ud ude ved skranken og inde hos lægen.

Når den kollegiale vejledning jo bl.a. lever af – og gennem – gensidig erfaringsudveksling og inspiration, så må det i læringsøjemed betragtes som hensigtsmæssigt, at der er flere praksis repræsenteret ved mødet.

Det gode møde

Evaluator bad ressourcepersonerne beskrive, hvad der gør et kollegialt vejlednings-møde til en succes.

”Det gode møde” er ifølge svarene kendetegnet ved, at ressourcepersonen ikke har haft en så voldsomt synlig, aktiv rolle, men hvor hun har fået sat bolden i spil, og hvor hun selv også har kunnet mærke, at hun gav tid, dvs. lod pauserne stå en gang imellem og dermed gav plads til, at deltagerne kunne tænke. At have en mindre synlig rolle giver fx rum og ro til, at en læge og en sekretær måske helt konkret på selve mødet aftaler en ny arbejdsdeling el. lign.

Det gode møde er også ifølge ressourcepersonerne kendetegnet ved en dialog, hvor man har kunnet holde sig til emnet; hvor det har været tydeligt, hvad der for deltagerne var det centrale og vigtige, også selvom det ikke altid var det samme, deltagerne syntes, de fik med sig hjem.

På det gode møde fastholdt ressourcepersonen diskussionen omkring det centrale og formåede at stoppe de selv gode historier, hvor en læge fortæller langt og indgående om, hvordan han har gjort i nogle helt særlige, exceptionelle situationer.

Det gode møde kræver også en resonansbund. *Der, hvor de er vant til at reflektere over deres dagligdag og hvad de egentlig gør og hvad de tænker, dér går det ret nemt, dér er det et taknemmeligt møde,* fortalte en af ressourcepersonerne. *Men i de praksis, hvor man opfatter sin lægerolle som en*

slags manual – vi går fra punkt A til punkt B til punkt C, og du gør det bare sådan..., jamen, dér er det meget vanskeligt at kunne bringe dem videre, for det er slet ikke den tradition de har.

Med andre ord skulle dette betyde, at kollegial vejledning ikke er en metode, der egner sig til alle.

Forslag til forbedringer

Ressourcepersonerne pegede enstemmigt på særligt to hovedpunkter, som de mente burde justeres ved fremtidige projekter med kollegial vejledning, nemlig uddannelsen til at være kollegial vejleder, og logistikken omkring mødeindkaldelser mm.

Som nævnt var facilitator-rollen ikke umiddelbart helt nem at falde ind i. Der var derfor ønske om længerevarende og flerstrengt undervisning i facilitator-rollen; og der var ønsker om at få undervisningen optaget på video; ligesom man anbefalede brug af rollespil med det konkrete emne (in casu: præventionsrådgivning og indvandrerkvinder) som genstandsområde.

Administrationen af mødeplanlægning og -indkaldelse bør efter ressourcepersonernes mening strammes op. Og det forekommer dem uforståeligt og u hensigtsmæssigt, at de selv skal bruge mere tid på logistikken end på selve kerneydelsen (indholdet i kollegial vejledning, selve møderne), sådan som det for flere af dem har været tilfældet i dette projekt.

Ressourcepersonerne foreslår, at evt. fremtidige møder med kollegial vejledning skal annonceres mere i stil med, hvordan efteruddannelseskurser almindeligvis udbydes: Der skal angives faste datoer og tidspunkter for, hvornår møderne afholdes. Så kan interesserede vælge et af disse tidspunkter; og de er fri for selv (med eller uden ressourcepersonernes eller sekretariatets bistand) at flytte rundt på datoer og tidspunkter og mødesteder. Eller al tilkendegivelse af interesse i at deltage i et møde med kollegial vejledning skal gå til et centralt sted, som så sørger for at bringe de rette mennesker sammen.

Derudover fandt de fire ressourcepersoner, at det er vigtigt at finde en dækkende titel til emnet for den kollegiale vejledning, sådan at overskriften i sig selv ikke afholder nogen fra at melde sig.

Øvrige resultater

I Bilag A kan der læses mere om projektets forløb og fakta.

Diskussion

Tilmeldingerne til KVAI-møderne lod en del tilbage at ønske i forhold til det opstillede mål. Og en del af dem, som havde tilmeldt sig, lykkedes det ikke at inkludere, fordi møder blev aflyst, eller fordi særlige ønsker om mødetidspunkter ikke kunne honoreres. I det hele taget var selve tilrettelæggelsen og afholdelsen af møder et stort logistisk problem, som belaster dette aktuelle projekts succes målt som tilslutning og deltagelsesrate. Men det belaster selvsagt ikke det egentlige kerneprodukt, selve KVAI-møderne.

Den anvendte pædagogik med aktivering af deltagernes erfaringsgrundlag, viden og ideer synes at have været velegnet til at aktivere læger og personale i de afholdte møder. Ressourcepersonernes adfærd har fremmet denne proces, idet de har været gode til at opmuntre alle til at komme med synspunkter og indlæg, og de har givet tidsmæssigt rum til refleksion i deltagergruppen.

Ressourcepersonerne har ikke optrådt som – eller været betragtet som – eksperter på området, men mere som dem, der har sat sig så meget ind i emnet, at de med et større overblik er i stand til at faci-

litere og fokusere en gruppeproces, som bevidstgør deltagerne og inspirerer dem til ændringer i den daglige praksis. Denne proces har tilsyneladende været hjulpet godt på vej af, at ressourcepersonen selv var praktiserende læge – og som kollega var hun i stand til at forstå de problemstillinger og den hverdag, som mødedeltagerne sidder med i hver deres praksis.

Facilitator-rollen kræver nogle andre kvaliteter end den traditionelle underviserrolle. Der foreligger ikke noget eksplicit og enkeltstående forbillede for udformningen af den her anvendte kollegiale vejledning. Projektets baggrundsgruppe har dog angiveligt³ været inspireret af Per Lauvås/Camilla Rumps bog "Vor fælles viden. Kollegavejledning som metode til udvikling af undervisning ved højere læreanstalter" samt af Karen Faurfeldts vejledningsbaserede undervisningsprincipper.

Den anvendte metode i KVAI-projektet kan dog ud fra det empiriske materiale kort beskrives på følgende måde:

Ressourcepersonen – en alment praktiserende læge (kollega) – leder mødet, hvori deltager praktiserende læger (fra en eller flere praksis) og gerne også personale. Ressourcepersonen ved ikke alt, men har en større faktuel baggrundsviden om det aktuelle emne end de øvrige deltagere, hvilket sætter ham/hende i stand til at give korte (introducerende og afklarende) oplæg og at fokusere og fastholde dialogen. Ressourcepersonen har i øvrigt flair for gruppedynamikken og for at skabe et tillidsfuldt, dialogbefordrende klima og formår at aktivere alle og give plads til pauser og refleksion. I den fælles refleksionsproces aktiveres deltagerens samlede viden og erfaringer. Dette giver hver enkelt mulighed for at lære af kollegaer og at blive inspireret til ændret (klinisk) adfærd – og reciprok til at give og inspirere andre.⁴

Denne form for pædagogik og læring appellerer næppe til alle praktiserende læger. Men i hvor høj grad det er formen, og i hvor høj grad det er indholdet i KVAI-projektet og -møderne, der har afholdt målgruppen fra at tilmelde sig i det ønskede omfang, kan ikke afgøres. Men det er sandsynligvis givet, at hvis man vil opdatere og opgradere et maksimalt antal praktiserende læger på et bestemt emne, så bør kollegial vejledning ikke være det eneste tilbud. Lægers læringsstil er forskellig, og derfor bør efteruddannelsesstilbuddet inden for et bestemt tema være differentieret.

Den form for efteruddannelse (kollegial vejledning), som den her er praktiseret, kan forekomme relativt omkostningstung, idet en honoreret ressourceperson har ”undervist”/faciliteret gennemsnitligt kun 4 personer pr. gang. Spørgsmålet om, hvorvidt den opnåede bevidstgørelse om emnet og inspiration til adfærdsendringer ville kunne opnås vha. andre efteruddannelsesmetoder med større omkostningseffektivitet, lader sig ikke vurdere i denne evaluering.

Det er værd at bemærke, at evalueringen har beskæftiget sig målgruppens egen beskrivelser af øget bevidsthed og viden og handlingsintentioner, men at den ikke har haft mulighed for at afdække, om den kollegiale vejledning (interventionen) har haft en konkret effekt på lægernes præventionsrådgivning, endsig på indvandreres abortrater. Vurdering af sådanne effekter ville have krævet et andet evalueringdesign.

Evalueringen bygger nogle af sine iagttagelser og konklusioner på udsagn og vurderinger fra 6 praktiserende læger, som alle responderede positivt på en anmodning om at blive interviewet af evaluator. Det kan ikke afvises, at disse 6 lægers parathed til at lade sig interviewe afspejler en ge-

³ Ifølge uddannelseskonsulent Thomas Kjær Jensen, Uddannelsessekretariatet. *Personlig meddelelse 24. maj 2006.*

⁴ Metoden minder meget om *peer learning partnership* eller *peer-based professional development* sådan som dette er beskrevet fx i: Mary-Jane Eisen: Peer-Based Professional Development Viewed Through the Lens of Transformative Learning. *Holist Nurs Pract* 2001;16(1):30-42.

nerelt positiv holdning til hele KVAI-projektet og gode oplevelser med deltagelsen i et KVAI-møde. Og på den anden side kan læger, som eventuelt har haft negative erfaringer med konceptet og mødedeltagelsen, måske have været uinteresserede i at bruge mere tid på det i form af et interview. De interviewede lægers synspunkter på projektet kan derfor ikke nødvendigvis generaliseres til at gælde alle deltagere. (Det har ikke ligget inden for evalueringens rammer at bruge ressourcer på at indhente tilsagn fra læger, som ikke i første omgang responderede positivt på henvendelsen).

Konklusioner

Trods en omfattende markedsføring af KVAI-projektet nåedes ikke den antalsmæssige deltagelse fra praktiserende læger, som baggrundsgruppen havde som mål. Dette kan skyldes, at selve emnet ikke er en "sællert", eller at kollegial vejledning som metode ikke appellerer til særligt mange praktiserende læge.

Derudover var der problemer med at få møder arrangeret, og en ganske stor del af de 127 læger, som havde anmeldt deres interesse i at deltage, havde ved projektets afslutning ikke fået imødekommet deres ønske. Dette skyldes problemer med den måde, som tilmelding og tilrettelæggelse af møder var ordnet på. Sådanne problemer vil kunne minimeres med en mere strømlinet tilmeldingsprocedure og med på forhånd fastlagte mødetidspunkter.

Den væsentligste bevæggrund for at tilmelde sig et møde synes ikke at have været en patientpopulation med mange indvandrerkvinder eller oplevede problemer med at rådgive indvandrere om prævention. En mere diffus interesse og nysgerrighed over for konceptet kollegial vejledning synes at have været en del af drivkraften.

De interviewede deltagere syntes, at ressourcepersonen var dygtig til at involvere alle og til at få gode forslag og beskrivelser frem til fælles overvejelse. De vurderer det deltagerinvolverende element i kollegial vejledning som et givtigt aktiv.

Det væsentligste udbytte af møderne synes at have været en bevidsthedsøgning omkring temaet. Flere af de interviewede deltagere kunne fortælle, at mødet havde afsløret for dem, at de vidste mindre om emnet, end de umiddelbart havde troet. Den øgede opmærksomhed på emnet og den kollektive refleksionsproces, som møderne anvendte sig af med gensidig erfaringsudveksling og læring, gav deltagerne ideer og inspiration til at indføre nye rutiner. Der udtryktes intentioner om at være mere initiativtagende og inviterende fremover, når der kommer en indvandrer kvinde i den fødedygtige alder.

De positive vurderinger af metoden kollegial vejledning har ganske vist KVAI-møderne som empirisk grundlag. Men de elementer, der fremhæves som positive, har en mere generisk karakter og er ikke bundet op på det behandlede tema. Kollegial vejledning må derfor betragtes som en metode, der vil være anvendelig på flere områder og givtig for læger med en læringsstil, der korresponderer med dens refleksions- og dialogpræg.

Bilag A: Faktuelle oplysninger vedr. KVAI-projektet

af uddannelseskonsulent Thomas Kjær Jensen, Lægeforeningens Uddannelsessekretariat

Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder – herefter forkortet KVAI- blev ”undfanget” i følgegruppens forberedende arbejde i løbet af vinter 2004 og forår 2005.

I løbet af denne forberedende periode blev rollefordelingen og følgegruppens kommissorium afklaret. Endvidere blev der udarbejdet projektplan for KVAI-projektet.

I følgegruppen sad praktiserende læge Lise Dyhr og Pia Koefoed, Niels Sandø (I sidste fase overtaget af Regitze Siggaard) fra Sundhedsstyrelsen samt Thomas Kjær Jensen fra Lægeforeningens Uddannelsessekretariat.

Følgegruppens primære formål var at fungere som ressourcegruppe. Herunder at komme med forslag til hvordan projektet kunne initieres og hvorledes opkvalificeringen af ressourcepersoner kunne foregå bedst muligt.

Rekruttering af nøglepersoner

Første udadvendte opgave var at rekruttere fem ressourcepersoner til varetagelse af KVAI-møderne.

Projektets forventninger til ressourcepersonerne fremgår af nedenstående uddrag af ”jobannonce” bragt i Ugeskrift, på nettet og i Lægekredsforeningernes blade.

Vi forventer at du:

- *Er alment praktiserende læge nedsat i Københavns kommune, Københavns amt, Fyns amt eller Århus amt*
- *Besidder en vis viden og interesse i at sætte fokus på emnet abort og indvandrerkvinder*
- *Lyst til kollegial vejledning og sparring om emnet*
- *Er indstillet på at gennemføre ca.10 KVAI-møder for grupper på 4-8 læger, samt et mindre antal individuelle vejledningssamtaler i perioden efteråret 2005 til efteråret 2006.*

Vi tilbyder:

- *Dækning for tabt arbejdsfortjeneste samt honorar jvf. Lægeforeningens takster*
- *Et kursus i sensommeren 2005, hvor du bliver klædt på til at gennemføre de kollegiale vejledningsmøder samt løbende bistand fra Uddannelsessekretariatet.*
- *Et spændende projekt, der bidrager til større oplysning om et aktuelt emne.*

Opkvalificering af Ressourcepersoner

Ressourcepersonerne dækkede de pågældende amter med undtagelse af Århus Amt. Til gengæld vurderedes Københavns Amt at være så stor at to ressourcepersoner skulle dække dette amt.

I alt mødtes de fire ressourcepersoner til følgende opkvalificeringsmøder:

- Introduktionsdag 14. juni 2005
- Uddannelses- og undervisningsdag d.7. september 2005
- Midtvejseminar inkl. undervisning 9. februar 2006
- Afslutnings- og evalueringsmøde 22. juni 2006

På opkvalificeringsdagene indgik emner som:

- Afstemning af forventninger
- Sundhedsstyrelsens undersøgelser og anbefalinger
- Kollegavejledning som pædagogisk metode.
- Hvordan gøres individuel viden til fælles gods?
- Lægens barrierer i kommunikation med etnisk patient om familieplanlægning. Herunder tolkereglere.
- Etniske patienters barrierer i kommunikation med lægen om familieplanlægning
- Sex- og præventionsvejledning til etniske patienter
- Materialeanvendelse i.f.m. KVAI-møder
- Fælles overenskomst om forløbet af KVAI-møderne
- Organisatoriske forhold vedr. mødeaftaler og afvikling af KVAI-møder

Deltagere på KVAI-møder

I perioden 1. september 2005 til 20. juni 2006 afvikledes i alt 21 KVAI-møder med deltagelse af 91 praktiserende læger og praksispersonale. Et gennemsnit på 4,3 deltagere pr. periode hvilket lever op til vores ønske om smågruppe-baseret vejledning.

Fordelt på de 5 amter ser fordelingen således ud. Bemærk at Århus kun var medtaget som indsatsområde efteråret 2005.

Amt	Ress.person	Antal møder	Antal deltagere
Københavns Amt	Susanne, Anette	10	44
Københavns Komm	Jette, (Lise)	5	20
Fyn	Helle	5	23
Århus	Lise	1	4

Af de 91 deltagere udgjorde 29 deltagere ikke-læger: Sekretærer eller sygeplejersker med tilknytning til lægens praksis.

Alle møder undtagen ét havde karakter af kollegiale vejledningssamtaler i lægens praksis. Et enkelt møde havde karakter af indlæg på seminar om tilstødende emner. Ingen møder havde karakter af individuel vejledning.

Ovennævnte tre muligheder for kontakt til ressourcepersoner fremgik af udsendt mødemateriale og tilmeldingstalon.

Uddannelsessekretariatet fik på baggrund af udsendt mødemateriale med tilhørende tilmeldningsblanket samt etablering af hjemmeside på adressen: www.kvai.cursum.net henvendelse fra i alt 127 læger, der eksplicit ønskede afholdelse af KVAI-møde.

At det ikke lykkedes at afholde KVAI-møde med alle de 127 der henvendte sig skyldtes primært sidste afbud i sidste øjeblik samt efterfølgende problemer med at få samlet de rigtige deltagere til den "rigtige" dato.

Omtale af KVAI-projektet

KVAI-projektets oplysningsdel hvilede på to søjler: Generel opmærksomhed i.f.m. KVAI-projektets tema samt rekruttering af mødedeltagere til KVAI-møder. Oplysningen har været kanaliseret ud ved brug af nedenstående medier:

- Udsending til ca. 1100 praktiserende læger
- KVAI's egen hjemmeside www.kvai.cursum.net. Pr. 20. juni 2006 har siden haft 1879 hits.
- PLO-orientering febr. 06
- Tidsskriftet Practicus marts 06
- Tidsskriftet PI. marts 06
- Ugeskrift for læger. sep05 og jan06
- PLO's hjemmeside. efterår 05
- Uddannelsessekretariatets hjemmeside på Laeger.dk
- Læger.dk
- Massemails til ca. 1000 praktiserende læger
- Målrettede mails til udvalgte praktiserende læger

Succeskriterier

Projektets succeskriterier var iflg. målbeskrivelsen følgende:

- At læger/praksisser, beliggende i områder hvor der er en høj koncentration af beboere med indvandrerbaggrund, har fået tilbudt kollegial vejledning.
- At 70 % af deltagerne i kurser/kollegial vejledning giver udtryk for at de har fået anvendelige redskaber i deres kontakt med patienter med anden etnisk baggrund end dansk.
- At der har været bragt 5 artikler eller mere om projektets temaer i blade og magasiner, der er målrettet praktiserende læger
- At der har været annoncer om projektet i landsdækkende og lokale medier for praktiserende læger (projektbeskrivelse 040405).

Det fremgik endvidere i projektbeskrivelsen, at det tilstræbes at ca. 200 læger skal deltage i et KVAI-møde. Dette mål er med sine 91 personer ikke nået! Bortset herfra må succeskriteriet vurderes at være nået.

tkj 19. juli 2006