

Lægelig Videreuddannelse

Årsrapport 2019

Regionshospitalet Horsens

midt



Forkortelser:

AUH	Aarhus Universitetshospital
CESU	Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser
COP	Centralt Operationsafsnit
DKC	Dagkirurgisk Center
DRRLV	Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
FF	360 graders Feedback Facilitatorer
RH Horsens	Regionshospitalet Horsens
HU	Hoveduddannelse
I	Introduktionsuddannelse
KBU	Klinisk Basis Uddannelse
LO	Ledende Overlæge
LVR	Lægeligt Videreuddannelsesråd
PKL	Postgraduat Klinisk Lektor
RMUK	Region Midtjyllands Udviklingssamtaler og Kursusregistrering
SiC	Simulations og innovationscenteret
UAO	Uddannelsesansvarlig Overlæge
UKO	Uddannelseskoordinerende Overlæge
UKYL	Uddannelseskoordinerende Yngre Læge
UPL	Uddannelsesansvarlig Prægraduat Lektor
VUS	Videreuddannelsessekretariat

Indhold

1.0 Aktiviteter i lægelig videreuddannelse.....	2
1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE	2
1.2 AKTIVITETER OG ÅRSJUL	3
1.3 UDVALGTE EKSTERNE RÅD/UDVALG	5
2.0 Særlige indsatser.....	8
2.1 TRE-TIMERS MØDE	8
2.2 WORKSHOPS I FORANDRINGSLEDELSE	8
2.3 SYMPOSIUM I FORANDRINGSLEDELSE	15
2.4 HJEMMESIDE OM LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE	20
2.5 FYRAFTENSMØDER 2019	21
2.6 SPECIALE I AKUTMEDICIN	25
2.7 NY FORDELING AF KBU-LÆGER	26
2.8 POSTGRADUAT TVÆRFAGLIGT SIMULATIONSUDVALG.....	26
2.9 FÆRDIGHEDSLABORATORIUM I SIC	28
2.10 KOORDINERENDE MØDE OM HU-LÆGER I ALMEN MEDICIN	29
2.11 TVÆRFAGLIG KURSUS OM LÆRING OG VEJLEDNING	29
2.12 AMEE KONGRES WIEN 2019	30
2.13 MUK 2020.....	31
2.14 HUMAN FIRST.....	32
3.0 Tilbage melding fra afdelingerne.....	32
3.1 AKUTAFDELINGEN.....	32
3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV	34
3.3 RØNTGEN OG SCANNING	34
3.4 KIRURGISK AFDELING.....	35
3.5 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME, FØDSLER OG FERTILITET	35
3.6 MEDICINSK AFDELING	36
3.7 ORTOPÆDISK AFDELING	36
3.8 BIOKEMISK AFDELING	36
4.0 Årsmøde i lægelig videreuddannelse 2019.....	37
4.1 ÅRSMØDE 2019 RH HORSSENS	37
5.0 Monitorering af lægelig videreuddannelse.....	52
5.1 INTERNE DATA.....	52
5.2 BRUGEROPLEVET KVALITET	54
5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING	57

Forord

På ny har jeg fornøjelsen at præsentere status for den lægelige videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens. I år 2019 har vi haft fokus på samarbejde og god tone. Vi har lovet hinanden, at vores ageren og kommunikerer altid skal have det sigte at gøre hinanden bedre med fokus på patient, arbejdsglæde og oplevelse af mestring.

Feedback er vores vigtigste instrument i værktøjskassen, vi er blevet mere skarpe på, at feedback skal være specifik og skal foregå som en integreret del af arbejdet med patienten.

Derudover har alle afdelinger indført regelmæssige systematiske drøftelser af uddannelseslæger, som efterfølgende sikres feedback.

To afdelinger har indført upward feedback på feedback, hvor uddannelseslægerne som gruppe drøfter, hvordan deres mere erfarne kolleger superviserer og giver feedback til dem. Herved øves uddannelseslægerne i at konkretisere, hvad der virker og ikke virker for dem selv. Den proces kan virke som et spejl og kan udvikle uddannelseslægens egne evner som feedbackgiver. Samtidig opstår der mulighed for, at den mere erfarne kollega, som får feedbacken kan optimere måden, hvorpå han/hun giver læring fra sig. Denne metode er navngivet "*Horsens Modellen*".

Der har været fokus på debriefing på flere afdelinger efter vagt. På *kvindeafdelingen* er debriefing indført som et fast element, når flere faggrupper har samarbejdet på fødestuen.

Akutaafdelingen har nu både introlæger og hoveduddannelseslæger i eget speciale Akutmedicin. Afdelingen har også medvirket til etablering af nyt specialeråd i Videreuddannelsesregion Nord.

UKYL-netværket har slået rødder og har bidraget flot ind i planlægning af fyraftensmøder med efterfølgende socialt samvær på tværs af afdelinger.

Ambitionen for mig som leder af lægelig videreuddannelse på RH Horsens er, at uddannelse skal prioriteres som et væsentligt mål for hospitalet på linje med forskning - og som et middel til at opnå kvalitet og effektivitet i patientbehandlingen.

Organisationen med et engageret uddannelsesteam i hver afdeling, gør det afgørende arbejde i maskinrummene robust. Vi vil, at lægers kompetenceudvikling skal integreres overalt, hvor der udføres patientrelaterede aktiviteter på alle tidspunkter af døgnet, alle dage om året. Vi vil, at lægers videreuddannelse skal finde sted i et patientsikkert og trygt læringsmiljø med let adgang til supervision. Vi vil, at RH Horsens skal være et hospital uddannelseslæger anbefaler som videreuddannelsessted.

Uddannelse koster, men er nødvendig for, at uddannelseslæger effektivt kan indgå i patientbehandling. På lidt længere sigt bidrager en investering i uddannelse til nye kompetente speciallæger. I fremtiden er der ingen tvivl om, at kvaliteten af videreuddannelsen bliver et af de parametre, som hospitaler vil blive vurderet på. Kvaliteten af uddannelse bliver et rekrutterings- og fastholdelsesparameter, hvilket igen kan spille positivt tilbage på den samlede drift.

Vi har ganske simpelt ikke råd til at lade være.

Berit Skjødeberg Toftegaard, Uddannelseskoordinerende overlæge, Regionshospitalet Horsens

1.0 Aktiviteter i lægelig videreuddannelse

1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE

Lægelig videreuddannelse er det uddannelsesforløb, som nyuddannede læger gennemgår efter afsluttet kandidateksamen. Efter gennemførelse af uddannelsesforløbet opnås speciallægeanerkendelse.

Uddannelsen sker under ansættelse som læge i specielle stillinger, som er klassificeret til uddannelse. Den lægelige videreuddannelse består af følgende elementer: Klinisk basisuddannelse: 6 måneder i første ansættelse (anden ansættelse foregår i almen praksis eller psykiatrien), Introduktionsstilling: 12 måneder, Hoveduddannelsesforløb: 48-60 måneder. Videreuddannelsen foregår på de 8 uddannelsesgivende afdelinger. Per 1. januar 2020 havde vi i alt 108 uddannelsesstillinger fordelt med 26 KBU-stillinger, 31 Introduktionsstillinger og 51 Hoveduddannelsesstillinger. De uddannelsesgivende afdelinger havde i alt 119 speciallæger inkl. professorer og ledende overlæger, se tabel 1.

Afdeling	Subspeciale	Antal H læger	Antal I læger	KBU læger	Udd.-Læger	Special-læger	Ratio Speciallæger/ Udd.læger
Akutafdelingen	KBU			16 % - 8 (18)	29 (28)	12	0,4 (0,4)
	Akutmedicin	3,25 (2)	2 (2)				
	Almen Medicin	5 (5)					
	Geriatrici	0,75 (1)					
Bedøvelse, operation og Intensiv	Anæstesi	3 (2)	5 (6)	-	8 (8)	19	2,4 (2,4)
Røntgen og Skanning	Radiologi	2 (1)	3 (3)	-	4 (4)	8	2,0 (2,0)
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	Gyn/Obst.	3 (2)	2 (2)		10(6)	14	1,4 (2,3)
	Almen Medicin	5 (2)					
Medicinsk afdeling	KBU			4(4)	37,75 (38)	29	0,8 (0,8)
	Intro		13 (12)				
	Kardiologi	3 (4)					
	Lungemedicin	2 (3)					
	Reumatologi	1,75 (0)					
	Geriatrici	3,75 (4)					
	Gastroenterologi og hepatologi	2 (3)					
	Endokrinologi	3 (3)					
	Almen Medicin	5 (5)					
	Akut Medicin	0,25 (0)					
Kirurgisk afdeling	KBU			4(4)	12 (13)	15	1,3 (1,2)
	Kirurgi	5 (5)	2 (3)				
	Gynækologi	1 (1)					
Ortopædkirurgisk afd.	Ortopædkirurgi	6 (6)	2 (3)	-	8 (9)	21	2,6 (2,3)
Blodprøver og Biokemi	Biokemi	0,5 (0)	-	-		2	4 (-)
Total		55,25 (52)	29 (31)	26	108,75 (109)	120	1,1 (1,1)

Tabel 1 Normering af klassificerede Lægelige uddannelsesstillinger pr. 1. januar 2020 RH Horsens.

I parentes er det faktiske antal angivet pr. 1. januar 2020.

På den enkelte afdeling ledes den lægelige videreuddannelse af et uddannelsessteam, som ledes af en eller to uddannelsesansvarlige overlæge(r) (UAO) med hjælp fra en eller to uddannelseskoordinerende yngre læge(r) (UKYL). Alle uddannelseslæger har en hovedvejleder, som er mindst et uddannelsesstrin over den vejledte. Alle læger på en afdeling kan fungere som kliniske vejledere.

1.2 AKTIVITETER OG ÅRSHJUL

Aktiviteten, der foregår på tværs af afdelinger, eller som involverer den uddannelseskoordinerende overlæge (UKO) er beskrevet nedenfor.



Figur 1 Årshjul for de interne videreuddannelsesaktiviteter udgående fra UKO/LVR

1.2.1 Årsmøde i Lægelig Videreuddannelse

Årsmødet afholdes i oktober/november hvert år. Deltagere på årsmødet er uddannelsesteams (UAO og UKYL), ledende overlæger (LO), HR-konsulent, den lægefaglige direktør og UKO (mødeleder og

facilitator). Mødeformen er interaktiv med temadrøftelse på gruppe- og plenum-niveau. Afhængig af tema arbejdes indenfor egen afdeling eller på tværs af afdelinger. Formålet er blandt andet at arbejde med årets fokusområder og identificere nye for det kommende år, erfaringsudveksle og afholde gruppemøder. Referat tages af HR-konsulent/UKO og sendes til deltagerne.

1.2.2 Møder i Lægelig Videreuddannelsesråd (LVR)

LVR-møder afholdes fire gange årligt med deltagelse af uddannelsesteams, HR-konsulent, lægefaglig direktør og UKO. Formålet er at sikre fælles retning og mål for udvikling af den lægelige videreuddannelse på RH Horsens og at udveksle viden og erfaring mellem afdelingerne. På mødet i marts og september prioriteres bordet rundt, hvorimod mødet i juni og december indeholder temadrøftelser eller arbejde med fælles værktøjer. Referat tages af HR-konsulent/UKO, sendes til deltagere og er tilgængelig på intranettet under *Lægelig Videreuddannelse*.

1.2.3 Status-/udviklingsmøder i afdelingerne

I december og juni afholdes status-/udviklingsmøder mellem de enkelte uddannelsesteams, LO og UKO. Formålet er at drøfte, hvad der rører sig i afdelingen, hvad der går godt, og hvad der udfordrer. Til mødet i december drøftes kvalitet i videreuddannelsen baseret på de uddannelsessøgendes evalueringer og anden kvalitetsdata. Referat tages af UKO, er fortroligt, sendes til LO og uddannelsesteam i pågældende afdeling.

1.2.4 Fyraftensmøder

Fyraftensmøder afholdes fire gange årligt mhp. at drøftelse af uddannelsesrelaterede emner. Målgruppen veksler mellem at være alle ansatte til at være lægegruppen alene. Highlights fra møderne præsenteres i årsrapporten.

1.2.5 Møde med feedback-facilitatorer

UKO mødes årligt med feedback-facilitatorer (FFer) og UAOer i juni. Formålet er at udveksle erfaring, sikre tilstrækkelige certificerede FFer og koordinere brug af rapporter. Referat tages af UKO og sendes til FFer, LVR og lægefaglig direktør.

1.2.6 UKYL-netværket

UKYL netværket (grundlagt til årsmødet 2017) består af UKYLER. Netværket mødes før hvert LVR-møde. Formålet er at styrke UKYLernes samarbejde om uddannelsesopgaver og implementering af nye tiltag. UKYL-netværket er ansvarlig for to fyraftensmøder årligt og afholdelse af 3-timers møder. Beslutningerne fra mødet skal indgå i referatet for efterfølgende LVR-møde.

1.2.7 UAO-forum

Dette forum er nyetableret og mødehyppighed planlægges ad hoc afhængig af behov. Formålet er at skabe et rum, hvor UAOer kan sparre med hinanden om komplekse emner med potentiel fortroligt indhold som eksempelvis uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Udvalgte beslutningerne fra mødet kan indgå i referatet fra efterfølgende LVR-møde.

1.2.8 Koordinerende forum for HU-læger i almen medicin

Mødet afholdes årligt med det formål at optimere rammerne for almen medicinske HU-lægers uddannelsesforløb på matriklen. Deltagere på mødet er PKL og uddannelseskoordinator i almen medicin, UAO og LO fra Afdeling for Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet, medicinsk afdeling og

akutafdelingen, HR-konsulent og UKO, samt én repræsentant for HU-læger i almen medicin fra hver af de tre afdelinger. Referat tages af UKO og sendes til mødedeltagere og lægefaglig direktør.

1.2.9 Postgraduat Tværfagligt Simulationsudvalg

Udvalget består af én repræsentant for både læge- og plejegruppen fra kliniske afdelinger og én repræsentant fra serviceafdelinger som afdeling fra Blodprøver og Biokemi og Røntgen og Scanning, SIC-koordinator, MidtSim kontaktperson, UKO og Forskningsleder. Målet er, at gruppen kan mappe, koordinere og inspirere til simulationsaktiviteter i og på tværs af afdelinger, udveksle evidens og distribuere information om eksterne tilbud indenfor simulation, samt indstille ønsker til remedier og brug af SIC. Referatet tages af UKO, sendes til mødedeltagere og lægefaglig direktør.

1.2.10 Tre-timers møde

Mødet afholdes hvert år om eftermiddagen tredje onsdag i september. Mødet ledes af UKYL. Hvis UKYL er afdelingslæge kan en egnet uddannelseslæge i afdelingen udpeges til at være mødeleder. Formålet er at give uddannelseslæger mulighed for at komme med løsningsforslag til, hvordan de som enkeltpersoner og som gruppe kan forbedre kvaliteten af egen uddannelse. Dermed trænes uddannelseslægerne i at tage medansvar for egen uddannelse. Tre-timers mødet har hvert år et tema, som er gennemgående på tværs af afdelingerne. Temaet fastlægges af UKO i samråd med øvrig LVR. Derudover drøftes temaer relevant for den enkelte afdeling. Konceptet for *tre-timers mødet* er udviklet af Susanne Nøhr, som er UKO på Aalborg Universitetshospital.

1.3 UDVALGTE EKSTERNE RÅD/UDVALG

1.3.1 Kontaktforum for Lægelig Videreuddannelse

Kontaktforum udgøres af Kontorchefen for Sundhedsuddannelser (formand), UKOer ved regionens hospitalsenheder inkl. Psykiatri og Social, repræsentanter fra HR afdelingen på hver hospitalsenhed, en uddannelseslæge fra hver hospitalsenhed med kendskab til videreuddannelsen, relevante medarbejdere fra sundhedsuddannelser, en repræsentant fra Nordjylland, repræsentant(er) fra den postgraduate del af CESU og leder af MidtSim. Repræsentanter fra Aarhus Universitet, Almen praksis og andre relevante aktører inviteres efter behov.

Formålet er informations- og erfaringsudveksling mellem hospitalsenhederne og Kontoret for Sundhedsuddannelser i Region Midtjylland vedrørende planlægning, koordinering og gennemførelse af lægelig videreuddannelse.

Hovedopgaverne er derfor at øge muligheden for koordinering, samarbejde og erfaringsudveksling om udfordringer og løsninger på tværs af de forskellige enheder i regionen vedrørende den lægelige videreuddannelse. At drøfte og bidrage til vidensdeling om administrative, lovmæssige og andre relevante ændringer, som berører den lægelige videreuddannelse. Kontaktforum har ingen formel beslutningskompetence. Kontaktforum afholder møder tre gange årligt.

1.3.2 PKL-UKO-VUS temadage

UKOer, PKLer og medarbejdere fra Videreuddannelsessekretariatet (VUS) mødes tre gange årligt til VUS-PKL-UKO-temadage. Formålet er pædagogisk udvikling, vidensdeling og samarbejde mellem

deltagerne. Første del af mødet ledes af ledende lektor fra Center for Sundhedsvidenskabelig Uddannelse (CESU) og anden del ledes af Sekretariatschef for VUS. Der afholdes temadage fire gange årligt.

1.3.3 Netværksforum for Simulation

Dette forum består af Kontorchef for MidtSim, MidtSim's sekretær, uddannelseskoordinatorer for simulation, UKOer og leder af HR uddannelse i Region Midt.

Formålet er at skabe et forum på det operationelle niveau, der har til opgave at effektuere styregruppens beslutninger og fremme den fælles koordinering på tværs af regionen.

Netværksforum kan nedsætte arbejdsgrupper og supplere sig efter behov.

Det ledes af sekretariatsbetjenes fra MidtSim og har indstillingsret til styregruppen. Netværksforum mødes cirka fire gange årligt.

1.3.4 Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (DRRLV)

Hver af de tre videreuddannelsesregioner, Nord, Syd og Øst, har et Regionalt Råd for Lægers Videreuddannelse.

Formålet er at sikre en høj kvalitet i den lægelige videreuddannelse og anvendelse af relevante pædagogiske metoder, herunder udvikling af nye, samt at sikre en løbende tilpasning af uddannelseskapalet.

Rådets opgaver er at rådgive Region Midtjylland og Nordjylland om den lægelige videreuddannelse. Hertil kommer en række andre opgaver, bl.a. at træffe beslutning om fordeling af lægelige uddannelsesforløb indenfor videreuddannelsesregionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelse. Rådet mødes fire gange årligt. Berit Skjødeberg Toftegaard (UKO) er udpeget som repræsentant for uddannelsesgivere. Anne Lene Riis (UAO medicinsk afdeling) er suppleant.

1.3.5 De specialespecifikke uddannelsesudvalg

Udvalgene har til formål at drøfte spørgsmål vedrørende lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Nord under balanceret hensyntagen til uddannelse og drift indenfor specialet. Udvalgene bidrager med at sikre en ensartet, høj kvalitet i speciallægeuddannelsen, at inddrage ledelsessystemet på hospitalsenhederne i relevant omfang og at garantere, at videreuddannelse gennemføres i overensstemmelse med rammer udmeldt af Sundhedsstyrelsen, DRRLV, Region Midt og Nord. Drøftelserne i det specialespecifikke uddannelsesudvalg skal bidrage til og danne grundlag for, at specialets PKL kan indstille uddannelsesforløb (sammensætning og fordeling af lægelige uddannelsesstillinger) og uddannelsesprogrammer til godkendelse i DRRLV. Udvalgene er sammensat af PKL (formand), UAOer fra alle afdelinger, en repræsentant fra de uddannelsessøgende i videreuddannelsesregionen og den AC-fuldmægtig fra VUS, der sekretariatsbetjener specialet.

1.3.6. UGUP

I Videreuddannelsesregion Nord er der nedsat et udvalg under DRRLV. Udvalgets opgave er at godkende indstillede uddannelsesprogrammer på vegne af Det Regionale Råd. Udvalget holder møder ca. 6 gange årligt, se <http://www.videreuddannelsen-nord.dk/det-regionale-rad/>

Det Regionale Råd orienteres om udvalgets beslutninger og alle godkendte programmer offentliggøres på Videreuddannelsen Nords hjemmeside.

1.3.7 RMUK ERFA gruppe

Deltagere er HR-kontaktpersoner og UKOer i RM. Formålet er optimering af RMUK som et papirløst system til at registrere afholdelse og indhold i vejledersamtaler.

1.3.8 National UKO-gruppe

UKO deltager mhp. erfaringsudveksling og medansvar for organisation af lægelig videreuddannelse på hospitalsniveau på tværs af regioner.



Figur 2 Årshjul for de eksterne videreuddannelses-aktiviteter, som involverer UKO i 2020

2.0 Særlige indsatser

2.1 TRE-TIMERS MØDE

For andet år i streg afholdte alle uddannelseslæger *tre-timers møde* i hver deres afdeling om eftermiddagen 18. september. Mødelederne var klædt på til opgaven gennem et samarbejde mellem UKYL-netværket og UKO.

Temaet "Det gode læge arbejdsliv og det kvalificerende samarbejde" udsprang dels af årets indsatsområde, som omhandlede god tone og samarbejde på tværs, dels af drøftelse i UKYL-netværket og reviews af rapporter om Tre-timers møder fra Aalborg Universitetshospital, se figur 3.

Skabelondokumentet blev tilpasset og justeret efter feedback fra UKYL-netværket.

Udover årets tema blev uddannelseslægerne bedt om at drøfte uddannelse generelt i deres afdeling mhp. på at finde generelle styrker, svagheder og muligheder for optimering. Ligeledes var UAO og ledende overlæge informeret om, at de kunne pålægge mødeleder at drøfte et område, som set fra deres side krævede et uddannelsesløft. Alle møder blev afholdt med tilbagemelding om godt udbytte.

De indsatsområder, som blev identificeret på møderne fik tilkoblet en forandringsleder. Mødeleder (primært UKYL, evt. med følge af forandringsledere) afholdte efter 3-timers mødet et møde med UAO og ledende overlæge med fokus på endeligt valg af indsatser. Forandringslederen for hvert indsatsområde blev tilbudt at deltage i Workshop i Forandringsledelse, se afsnit 2.2.



Figur 3 Tema for 3-timers møde 2019

2.2 WORKSHOPS I FORANDRINGSLEDELSE

Efter 3-timers mødet blev der afholdt 2 x workshops for de valgte forandringsledere og i mellemliggende periode samtaler med individuel sparring, se tabel 2.

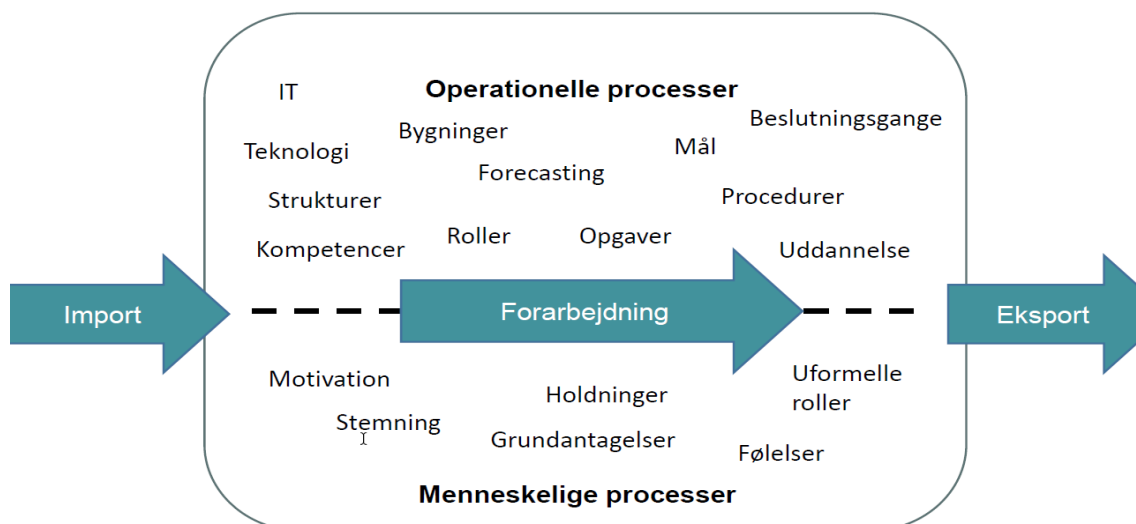
3-timers møde 18. september:
Workshop 1: 25. september og 2. oktober
Møde med uddannelsesteam og ledende overlæge
Coaching v. UKO
Workshop 2: 20. november

Tabel 2 Træningsforløb for forandringsledere

Nedenfor er indholdet af workshopen kort præsenteret. Forandringslederne arbejdede konkret med driverdiagram og procesplan på eget udviklingsområde.

2.1.1. Hvorfor er forandringsledelse vigtig?

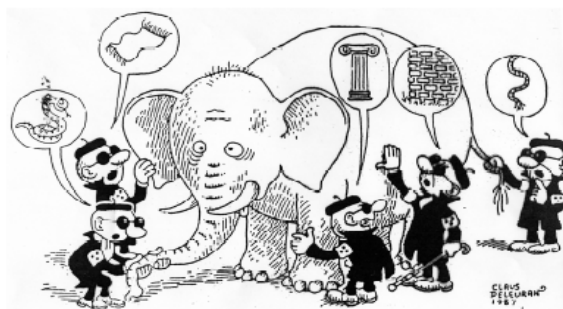
Sundhedsvæsenet er i en rivende forandringsproces. Det skyldes især demografiske og økonomiske faktorer som en aldrende befolkning og voksende udgifter ved medicin og behandling. Tilpasning til sådanne vilkår kan ændre både kerneopgaven og måden, vi løser den på. Det påvirker både menneskelige og operationelle processer, se figur 4.



Figur 4 Illustration af processer, der kan interagere med en forandring.

Hospitalets tre kerneopgaver - patientbehandling, forskning og uddannelse - er ofte blevet billedliggjort som en trebenet taburet. At lykkes med kerneopgaverne kræver et (ledelses-)fokus, der formår at balancere de tre områder. Taburettens siddekomfort og styrke afhænger af, om der allokeres ressourcer til at udvikle og stabilisere alle tre ben. Tilførsel af ressourcer er ikke i sig selv tilstrækkelig. At lykkes kræver også, at arbejdet er organiseret på en måde, så ressourcerne kan anvendes optimal.

De sidste dekader har der været en tendens til, at særlig sygeplejersker er frikøbt fra klinisk arbejde til kvalitetsudvikling. Hvis vi skal lykkes med forandringsprocesser, er det dog vigtigt, at relevante interessenter er involveret, så alle perspektiver (vinkler, hvorfra vi ser) indgår i analysen, som skal danne baggrund for valg af indsatser, se figur 5. Derfor skal læger også såvel som andre faggrupper trænes i forandringsarbejdet.



Figur 5 Forskellige interessenter har forskellige perspektiver

Hvis vores uddannelseslæger skal få lyst til at bidrage til fremtidig udvikling, er det vigtigt, at de oplever mestring som forandringsleder, at de oplever at lykkes!

Alle ved, at kompetenceudvikling er vigtig... men *uddannelsesbenet* har alligevel en tendens til at stå i skyggen af patientbehandling. Der er en overhængende risiko for, at uddannelsestiltag i arbejdsplanen, aflyses pga. sygdom, kursusfravær eller vakante stillinger. At slække på uddannelse gør ikke ondt nu og her, men på lidt længere sigt.

Samlet giver det altså god mening at investere tid i yngre lægers evne for forandringsledelse og samtidig allokere flere ambassadører til lægelig videreuddannelse. Det er afgørende, at den yngre læge lærer at analysere forandringens samspil med organisationen og forstår, at en sådan analyse også skal inkludere andre interessenters perspektiver, så den planlagte indsats ikke alene kan flytte læger, der tænker og agerer som den yngre læge selv.

Det er også vigtigt at forstå fornuften i at afprøve indsatsen i lille skala, så indsatsen relativ omkostningsfrit kan justeres, hvis den ikke viser at forbedre som tiltænkt. Når ressourcer er knappe, skal vi bruge tiden og hinandens båndbredde på de rette indsatser.

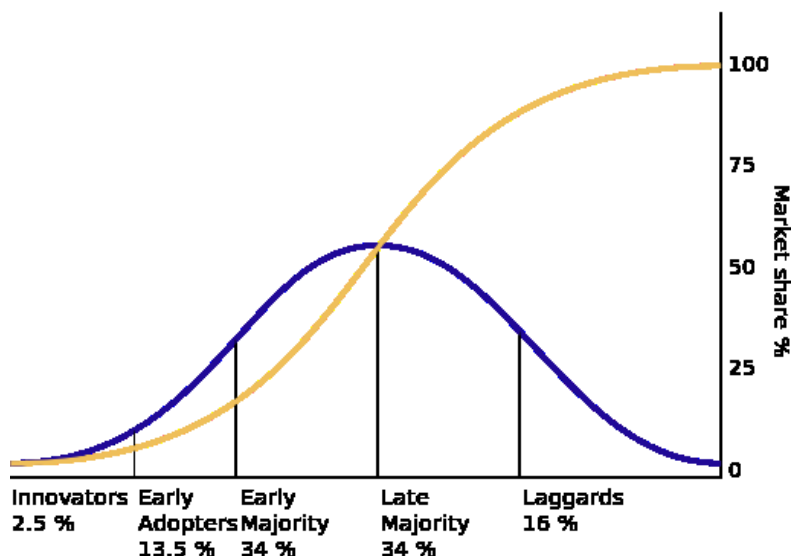
Flere modeller og begreber er anvendt indenfor forandringsledelse. I 1947 udgav den tysk-amerikanske sociolog Kurt Lewin bogen *Frontiers of Group Dynamics*. Her beskriver han implementering af forandringer som en tre-trins proces: Unfreezing – Change – Freezing. Efter Lewins forståelse kan forandringsledere først få succes, når de involverede aktører har indset behovet for forandring (er tørt op/unfreeze). Når forandringen er velimplementeret, kan aktørerne så fastfryse sig igen (freezing) og genfinde trygheden i, at hverdagen er genkendelig og forudsigelig. Han siger, at følgende tre forhold er med til at fastholde os i det paradigme, vi lever i: Struktur (vi har besluttet at gøre sådan), kultur (vi kan godt lide at gøre sådan) og rutiner (vi plejer at gøre sådan), se tabel 3. Derfor er det væsentligt, at vi forbereder vores medarbejdere på, at en kommende forandring kan influere på hvert af de tre forhold.

Struktur	Kultur	Rutiner
Regler	Formaliserede værdier	Vi plejer at...
Nedskrevet værdier og vision	Usagte værdier og antagelser	Indlejrede arbejdsgange
Organisering	Menneskesyn og syn på patienter	Præferencer ift. samarbejde
Arbejdsstedet adresse	Graden af tillid	Graden af autonomi
Lokalerindretning	Syn på ledelsesopgaven	Mødetider
Gruppe- og teaminddeling	Performancekrav	Spisetider
Kommandoveje	Relation: ledelse og medarbejdere	Faste pladser
Værktøjer	Tolerance overfor fejl	Punktlighed
IT-systemer	Tilbøjelighed til at anerkende	Tilbøjelighed til at søge
Udvalg	Sociale ritualer	tilladelse frem for tilgivelse

Tabel 3 Struktur, kultur og rutiner (Kurt Lewin)

Everett Rogers præsenterede i 1962 teorien *Diffusions of innovations*, der forklarer, hvordan en forandring først finder interesse hos en meget lille, begejstret gruppe (*Innovators*), se figur 6. Disse nysgerrige personer gør sig de første erfaringer og tager stilling til om forandringen giver mening. Hvis de tror på forandringen, spreder de forandringen til *Early adopters*. Først når en forandring er adopteret af cirka 16 % af en gruppe, er det kritiske punkt nået, hvor resten kommer med - i varierende tempo. Den sidste sjettedel kalder han for efternølerne (*Laggards*). De accepterer typisk først den nye måde at gøre tingene på, når muligheden for at gøre det, de plejede, ikke længere er til stede. Ud fra Rogers model – *kan det være*

afgørende, at man nogle gange fokusere på at nå ud til de første 16 % i stedet for at fokusere på alle. Resten skal nok komme med. Det er ikke altid tilfredsstillende i et sundhedsvæsen, hvor vi ofte er afhængige af en mere entydig tilgang til en opgave.



Figur 6 Rogers model for varierende grad af forandringsparathed "Diffusions of innovations"

Det er vigtigt at forklare *hvorfor*'et, når forandringstiltaget skal kommunikeres. Medarbejdere er afhængige af at forstå baggrunden for et nyt tiltag for at kunne finde mening og blive motiveret. Det er aldrig nok at kommunikere *hvad, hvem og hvordan*. *Hvorfor*'et har ofte været præsenteret som den *Brændende Platform*, som Daryl Connor beskriver i bogen *Managing at the speed of change* (1993). Målet med denne metode har været at sikre, at medarbejderne får følelsen af absolut nødvendighed, så flere af dem, der vil have en tilbøjelighed til at være afventende, hurtigere vil gøre sig parate til det nye. Kritiker er bekymret for, om denne metode kan skabe ængstelighed, som kan hæmme innovation, samarbejdsevne og u hensigtsmæssig fremme stress.

Kotter udgav i 1996 bogen *Leading Change*. Han anbefaler at følge en 8-trins proces.

Skab forståelse for behovet for forandring.
 Saml en gruppe indflydelsesrige medarbejdere, som skal fungere som styrende "koalition".
 Skab en vision og en strategi.
 Kommuniker visionen ud til medarbejderne.
 Gør det muligt for medarbejderne at arbejde med visionen, fjern barrierer.
 Skab kortsigtede sejre, og sørg for at fejre dem.
 Konsolider forandringen, og brug den til løftestang til mere forandring.
 Forankr forandringen i organisationskulturen.

Tabel 4 Kotters 8-trins proces

Forandringer er svære, og forandringsledelse er relevant at tale om, fordi der sker noget i os, når vi står overfor eller midt i en forandring. Et system består af processer, og skal vi forstå systemet, skal vi forstå de enkelte processer, deres rækkefølge og samspil. W. Edwards Deming siger: *If you can't describe what you are*

doing as processes, you don't know what you are doing. Deming er ophavsmand til tankegangen bag forbedringsmodellen (se afsnit 2.1.3).

Forandringer vil ofte kunne møde modstand. Når vi præsenteres for noget nyt, er det helt naturligt at føle en indre uro, især hvis konsekvenserne af det nye er ukendte eller uoverskuelige. I stedet for at se modstand som et problem, så kan vi se det som en ressource og som et tegn på, at sagen er vigtig for medarbejderne. Formår vi at udnytte denne ressource ved at lytte og inddrage, kan vi skabe løsninger, der er mange gange bedre end dem, vi i arbejdsgruppen kan tænke os til.

2.1.2 Gode råd til forandringslederen

Vær dig selv. Din personlighed er dit vigtigste ledelsesredskab. Nutidens flade hierarkier kalder på ledere, der er gennemsigtige.

Vær ærlig. En løgn eller undladelse har en høj pris.

Vær strategisk. Brug din organisation. Skab følgeskab, skaf dig allierede og ledelsesopbakning. Overvej om afdelingens kulturbærere skal med om bord.

Inddrag kolleger i relevante beslutninger. Nedsættelse af arbejdsgrupper med relevante interessenter er afgørende for, at medarbejderne føler reel indflydelse på beslutninger, der præger deres hverdag.

Gå foran i ord og handlinger. Dine handlinger skal afspejle det, du kommunikerer. Som leder er du en rollemodel, og dine medarbejdere gør ikke, hvad du siger – de gør, hvad du gør. *Kultur drypper nedad*, forandringsledelse starter med én selv.

Skab en tillidsfuld kultur. Tillid på en arbejdsplads er afgørende for godt samarbejde og succes med forandringer. Glade medarbejdere er mere engagerede, kreative, serviceorienterede, samarbejdende, løsningsorienterede og forandringsparate.

Formidl med omhu. Ord skaber eller forstyrrer mening. Kommuniker forventninger. Dine forventninger skaber virkelighed for dig og andre.

Giv retning. Mening skaber motivation, og vi ønsker at være en del af noget større end os selv.

Vær nysgerrig på modstand. Afkod, forstå og anerkend andres reaktioner med en undersøgende tilgang. Vær åben overfor feedback - måske har din analyse været forkert. Medarbejdere kan give værdifuldt input til processen. En kritisk kollega kan føle sig hørt og kan blive til ambassadør for forandringen.

Fejr succeser. Fejringer og anerkendelse er nogle af de stærkeste håndtag, man kan hive i. Mennesker har brug for at blive set og anerkendt for deres indsats. Sammenholdet – "Vi-følelsen" i en arbejdsgruppe kan styrkes af fælles fejringer. Fejringer understreger værdien af indsatsen, fremhæver prisværdig adfærd og kan give en forløsning der *med tilbagevirkende kraft* kan gøre lang tids hårdt slid til en god oplevelse, og noget man taler om med stolthed!

Vær vedholdenhed. Gentag, giv ikke op

Prøv af i lille skala. Du kender først omgivelsens reaktion, når du har gjort det.

2.1.3 Forbedringsmodellen

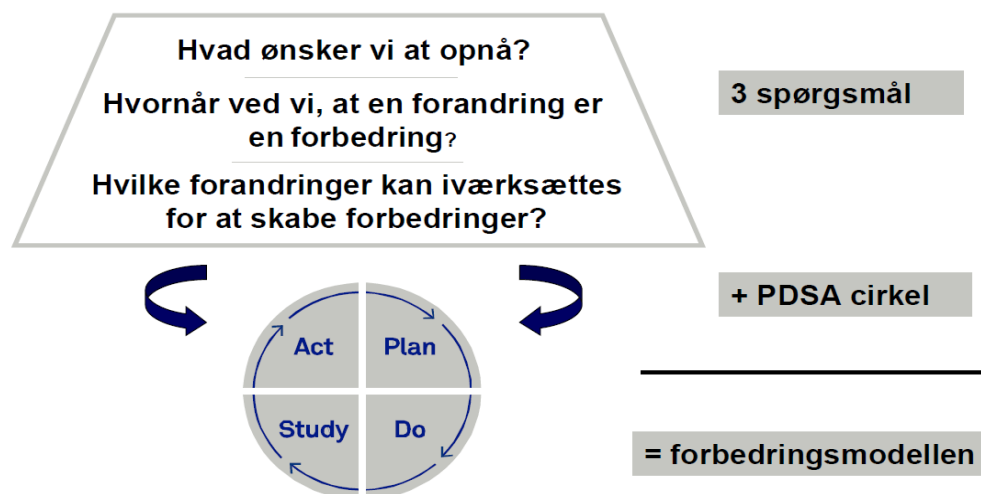
Langley har sagt "Al forbedring er en forandring, men ikke al forandring er en forbedring" (The Improvement Guide, 1996). Det betyder, at vi bliver nød til at undersøge om, en forandring har den tilsligtede effekt. Forbedringsmodellen er en velafprøvet metode til udvikling af kvalitet, se figur 7.

Metoden er udviklet i starten af 1990'erne af *Institute of Health Care Improvement* i Boston. Metoden er også et

værktøj i det nye nationale kvalitetsprogram, som er baseret på udvikling af en forbedringskultur. Dermed har det nationale program flyttet sig fra kvalitetskontrol til kvalitetsudvikling, som tager sit udgangspunkt

i klinikken (den virkelige verden) og ikke fra skrivebordet (den parallelle verden).

Metoden har som ambition at skabe og fastholde forbedringer via en god implementeringsproces. Metoden stiller tre spørgsmål: Hvad ønsker vi at opnå? Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring? Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer? Dermed kræver metoden, at vi kan måle, om forandringen er en forbedring.



Langley et al. (2009) The Improvement Guide

Figur 7 Forbedringsmodellen, Langley et al

Afprøvning af et tiltag skal besvare et specifikt spørgsmål!
 Afprøvning forudsætter arbejdshypotese og forventet resultat!
 Afprøv i lille skala og saml data over tid
 Opbyg viden undervejs med mange PDSA for hver forandring, der testes
 Gennemfør rækken af test under forskellige vilkår og omstændigheder
 Lær af jeres fejltagelser og juster forandringstiltaget

Tabel 5 Forbedringsmodellens vejledning

Driverdiagrammet hjælper med at holde overblik over forandringsprojektet. Det er et visuelt billede af, hvad arbejdsgruppen i fællesskab er kommet frem til på baggrund af analyse af forandringens samspil med organisationens operationelle og menneskelige processer. Det betyder, at driverdiagrammet kan forsimple en kompleks virkelighed, når forandringen skal kommunikeres ud, synliggøre sammenhæng mellem mål og drivers, fastholde fokus på, hvor vi er i processen og skabe motivation ved at synliggøre den enkeltes rolle.

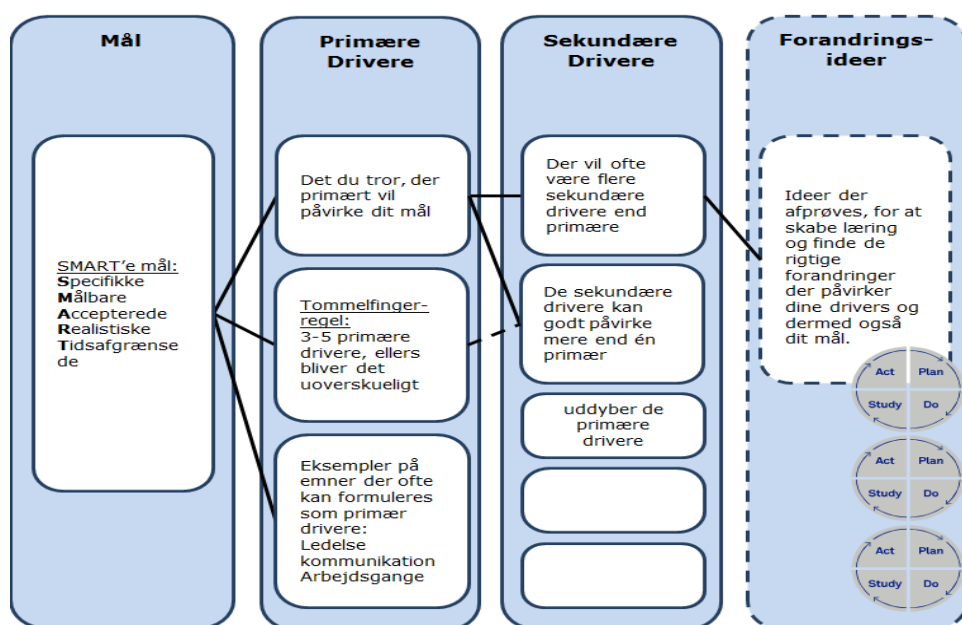
Første skridt i udførslen af driverdiagram er at definere et SMART mål:

Specifikke (ikke tvetydige)
 Målbare (skal kunne kvantificeres)
 Accepterede (faglig enighed om indikator og mål)
 Realistiske (data skal være tilgængelige)
 Tidsafgrænsede

Tabel 6 Betydning af et SMART mål

Primære drivere findes ved at spørge: "Hvordan" når jeg mit mål? Susan Michie fandt i sit arbejde med at udvikle forandringshjulet "Behaviour Change Wheel", at det er vigtigt at adressere både capability (viden/færdigheder), opportunity (psykisk (norm) og fysisk mulighed (rum, tid, ressourcer) and motivation (refleksiv og automatisk), hvis man skal ændre sundhedsprofessionelles adfærd. De tre hovedelementer er relevante at *besøge*, når der skal sættes ord på primære drivere.

Sekundære drivere kan findes ved at spørge "Hvordan" til de primære drivere, dermed er en sekundær driver en udfoldning (en mere konkret oversættelse) af en (eventuel to) primær driver(e).



Figur 8 Driverdiagram

Adfærdsdesigner Morten Münster, som er forfatter til bogen *Jytte fra Marketing er desværre gået for i dag*, har mange gode opmærksomhedspunkter, som vi bør have in mente. Han beskriver mennesket som irrationel, mennesket handler langt fra altid som vi forventer. Det understøtter, at forandringen skal afprøves i rette kontekst, før man udruller til large scale. Vi kan ikke altid forstå barriererne på forhånd.

Han appellerer til, at lederen, når et forandringstiltag skal kommunikerer, ikke kaster om sig med visioner, men i stedet kommunikerer, hvilke hverdagsaktiviteter en vision kan afkodes til. Medarbejdere har en begrænset båndbredde. System 2 tænkning kræver analyse, før det leder medarbejderen til et valg, hvorimod system 1 tænkning baserer sig på automatiseret tænkning eller mønstergenkendelse. Når et nyt forandringstiltag skal implementeres, er det fint at supplere med et støtteværktøj (ex. lommekort), som kan transformere et behov for tænkning i system 2 til det mindre energikrævende system 1.

Mening og motivation er vigtigt, men kan aldrig stå alene. Medarbejderen vil ofte vælge den lette løsning, derfor sørg for at gøre den ønskede handling let og den uønskede handling svær. Timing skal tænkes ind. Nogle gange er det relevant at implementere flere tiltag samtidig, fordi det ene naturligt kan ledsages af det anden. Andre gange må vi acceptere, at vi ikke kan forandre alting på samme tid, hvilket kalder på en ledelsesprioritering af konkurrerende forandringstiltag.

Symposium i Forandringsledelse

Lægelig Videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens

Tirsdag d. 17. december i Auditoriet 15.30-18

Alle faggrupper er velkomne.

Tilmelding til sandwich på mail til bertof@rm.dk

Program:

- 15.30-16.15 Uddannelse på tværs i et presset sundhedsvæsen – hvordan skaber vi udvikling inden for rammerne?
v. Marie Storkholm, ledende overlæge, kvindesygdomme, fødsler og fertilitet
- 16.15-16.25 Hvad er vigtigt, når vi skal lykkes med et forandringstiltag?
v. Berit Skjødeberg Toftegaard, uddannelseskoordinerende overlæge
- 16.30-17.30 Oplæg om mål, analyse og proces for forandringstiltag med fokus på at optimere det gode arbejdsliv og samarbejde på tværs
- Bedre rammer for yngre læge fællesskab
v. Jens Agger Nielsen, bedøvelse, operation og intensiv
- Feedback på feedback til mere erfaren kollega
v. Karina Trelborg & Linn Arendt, kvindesygdomme, fødsler og fertilitet
- Større arbejdsglæde i skadestuen
v. Amalie Haughuss, akutafdelingen
- Færre forstyrrelser af speciallæger og mere uddannelse til Intro-læger
v. Lena Bartling, røntgen og scanning
- Skemalagt stuegang til KBU-læger
v. Mette Mølsted Sørensen, akutafdelingen
- Færre forstyrrelser ved indførsel af skemasat supervision
v. Gitte Bloch Rasmussen, medicinsk afdeling
- Debriefing af medicinsk mellemvagt efter aften/nat
v. Ane Mathilde Pedersen, medicinsk afdeling
- Optimering af samarbejdet mellem akut og orto
v. Nicoline Kirk Bro, Ortopædkirurgisk afdeling
- Frokostpause med faglighed og socialt samvær
v. Emil Hellmann Sørensen, Akutafdelingen
- 17.30-18.00 Fælles afslutning med sandwich og vand

Figur 9 Program for Symposium i Forandringsledelse

For første gang i år har flere af forandringslederne fra 3-timers møderne præsenteret deres indsats på et symposium. Symposiet blev indledt med et oplæg af Marie Storkholm, som er ledende overlæge på afdelingen for kvindesygdomme, fødsler og fertilitet. Hun talte om vigtigheden af at arbejde med at blive bevidst om de grundantagelser, der influerer på, måden vi agerer og kommunikerer på, når vi laver forandringer (Figur 10 og 11).

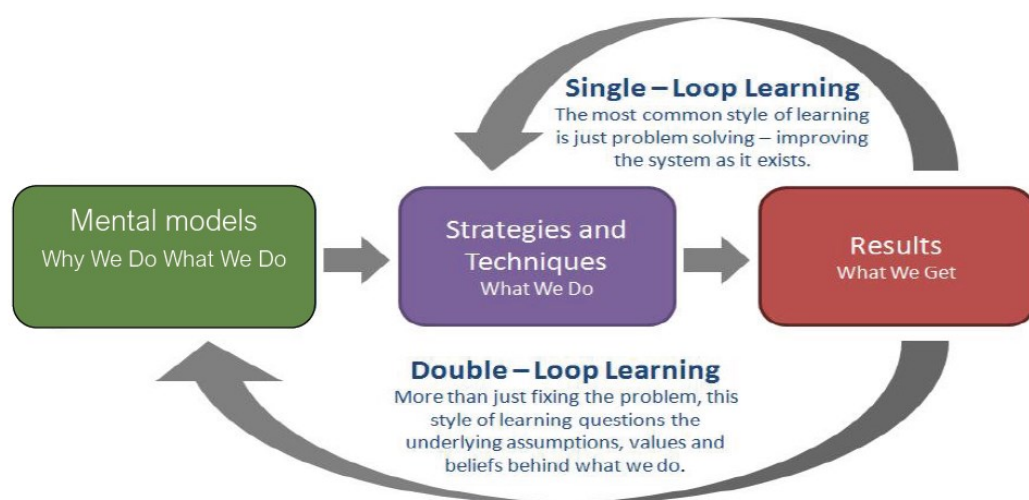


Figur 10 Mentale modeller, Senge 1990

■ "If we do not question (and change) these "deeply held internal images of how the world works" (Senge, 1990), we may limit the possibility for organizations to learn about better ways to provide patient care"

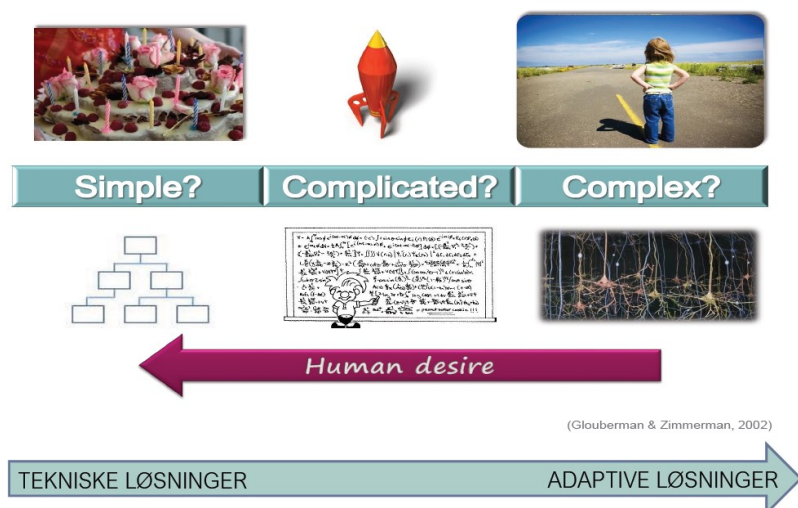
Figur 11 Mentale modeller, citat Berwick 1998

For at blive bevidst herom skal vi ikke blot løse problemet, men undersøge bagvedliggende værdier, antagelser og holdning, såkaldt *double loop learning*, se figur 12



Figur 12 Single- and double-loop learning (baseret på Argyris, 1976)

I sit ph.d. forløb fik Marie erfaring med, at et problem kan være simpelt, kompliceret eller komplekst og kalde på en løsning, der på tilsvarende vis kan være teknisk eller adaptiv. Jo mere kompleks, jo vigtigere er det at foretage en grundig analyse (probing), se figur 13.



Figur 13 Match mellem problem og løsning, Marie Storkholm

Oplæg fra forandringslederne fra 3-timers møderne er sammenklippet nedenfor:

Doktors lounge - Større fællesskab blandt yngre læger.

Jens Agger Nielsen
Introlæge BO&I

Problematik:
Introlæger føler sig fagligt og socialt isoleret

- Initielt meget oplæring fra anæstesisygeplejersker.
- Ingen daglige funktioner med kolleger på samme udnannelsesniveau.
- Hovedsagligt én-til-én oplæring - ikke så bred sparring.

Forandringsidé:
Dedikeret lokale til afdelingens yngre læger

- Vil andre mangle et eventuelt lokale?
- Er de yngre læger overhovedet på arbejde samme tid?
- Vil et dedikeret lokale ekskludere andre kolleger?

SMART-mål

- Øget arbejdsglæde, særligt hos introlæger.
- Hurtigere og sikrere oplæring/indkøring i procedurer/ rutiner.
- Endnu bedre og mere ensartet introduktionsuddannelse.

Afprøvning og evt. opskallering

- Introlæger mødes i kaffestue.
- Afdelingsledelsen med på idéen.
- Stor interesse fra andre afdelinger --> fælles rum til yngre læger på tværs af flere specialer? Hvilke og hvorfor?
- Hvilke fysiske krav skal der være til lokalet?

Figur 14 Doctors lounge v. Jens Agger Nielsen

Invers feedback - feedback på feedback

Karina Fogh Trelborg og Linn Håkonsen Arendt
Kvindesygdomme og fødsler

Hvad ønsker vi at forandre/implementere?

- Forandringside: konkret og konstruktiv feedback til senior kollegaer på supervision af yngre læger
- Møde for alle YL:
 - To ting, ud gør godt...
 - Hvis du skal være en endnu bedre klinisk vejleder, skal du....
- Feedback gives til senior læge af to YL i 10 min møde.
- Øge læring hos YL, øge arbejdsglæde og sammenhold, selvrefleksion

Hvordan formulerer vi et mål?

- Specifikt: give systematiseret, konkret feedback
- Målbart: Hvordan opleves det at give og modtage feedback? Oplever vi en forbedring? gennemføres møderne?
- Ambitiøst, Realiserbart, Tidsbegrænset
- **SMART mål:** "Afholde YL møde inden 1/12-19, hvor 5 overlæger evalueres. Feedback gives inden 1/1-20 af to YL og pågældende overlæge i 10 min seancer".

Driverdiagram

Primære drivere	Sekundære drivere
Viden	Konceptet, hvem? Hvordan?
Fysisk mulighed	Opbakning fra ledelse Sætte tid af til YL møde + 10 min møder
Psykisk mulighed	Modstand/manligende interesse for at blive evalueret
Motivation	God oplevelse Klarlægge, hvad man opnår

Proces:

- Projektbeskrivelse, inspiration fra akutafdelingen
- Udbrede viden: morgen konf., mail til alle
- Lille skala: pilot projekt med 5 læger evalueres
- Afholde 10 min møder
- Evaluering

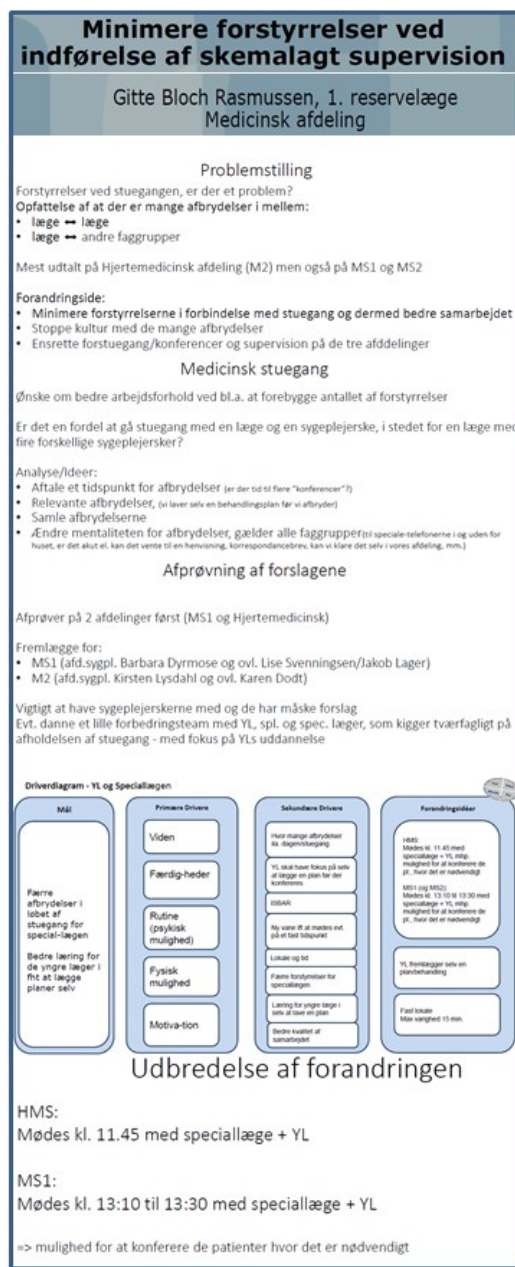
Fastholde forandring?

- Projektbeskrivelse
- Videregive til UKYL/tovholder

Figur 15 Invers feedback v. Karina Fogh Trelborg og Linn Arendt



Figur 16 Skadestue mini-kompedium v. Amalie Haugheus



Figur 17 Minimere forstyrrelser v. Gitte Bloch Rasmussen

Defusing af medicinsk mellemvagt efter aften/nat

Ane Mathilde Pedersen
Reservelæge
Medicinsk afdeling

Fokus:

- øge det læringsmæssige udbytte af aftennattevagt i forhold til lægerollerne "samarbejder", "kommunikator", "leder", "professionel"
- håndtere det følelsesmæssige og tankemæssige ved vagtarbejdet
- 2. prioritet: kompetencevurdering af mellemvagten

Defusing I

- afgående mellemvagt er fokuspersion og definerer en belastning fra vagten
- tilgående bagvagt/HU-læge er defuser
- begge parter er uden vagttelefoner

Defusing II

- hvad skete der?
- hvem var involveret?
- hvornår gik det op for dig, at det var noget galt?
- hvad gjorde du/hvordan reagerede du?
- hvilke indtryk er stærkest lige nu?
- hvilke tanker havde du undervejs?
- hvad mærkede eller følte du?
- hvad er der brug for nu?

Evaluering

- evalueret første gang på YL-møde 10/12
- justering: defuser er HU-læge som skal have 8-23 vagt i stedet for tilgående bagvagt
- evalueres på ny slut januar 2020

Optimering af samarbejdet mellem Akut og Orto

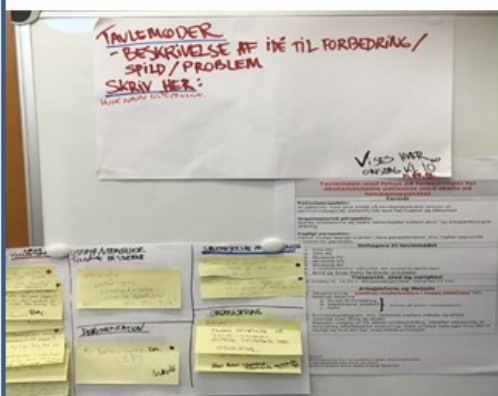
1. Reservelæge Nicoline Kirk Bro
Ortopædkirurgisk afdeling

Problem

- Skadestuen er fælles indgang for mange af hospitalets patienter med akutte skader.
- Bemanning:
 - Døgnet rundt: sygeplejersker fra akut.
 - I dagtid: læger akut
 - Aften: læger akut + orto
 - Nat: læger orto.
 - Altid mulighed for faglig backup og sparring fra læger orto.

Problem

- Når der skal samarbejdes på tværs af afdelingsgrænser og faggrænser kan der opstå gnidninger og uoverensstemmelser af personlig, faglig og organisatorisk karakter.
- Forandringsidé: ugentlige tavlemøder og en samarbejdsgruppe



Samarbejdsgruppe

- Repræsentanter fra både orto og akut
- Løbende diskutere forskellige problemstillinger og gerne udarbejde løsningsforslag.
- Samle op på indkomne forslag fra de ugentlige tavlemøder
- Mål: øget arbejdsglæde for alle medarbejdere med deres gang i skadestuen, bedre samarbejde, bedre kvalitet i patientbehandlingen

Figur 18 Defusing v. Ane Mathilde Pedersen

Faglig frokost

Emil Hellmann Sørensen
Akutafdelingen

Har vi et problem?

- Glemmer vi at spise frokost?
- Mangler vi faglig udvikling?



Kan Faglig Frokost være en ulempe for patientflow?

Hvad vil sygeplejersker og sekretærer tænke, hvis læger ønsker at spise frokost alene?

Kan alle læger få noget ud af Faglig Frokost?

Driverdiagram - Primære og sekundære drivere

- Ledelse
- Omgivelser
- Sygeplejersker
- Patienter
- Læger



Fortsætter vi i 2020?

- Evaluering 1/12-19
- 1 nov: Afholdt 5/5 hverdage.
- 4 KBU-læger, 2 I- eller HU-læger og 0,3 speciallæger



Figur 19 Samarbejde v. Nicoline Kirk Bro

2.4 HJEMMESIDE OM LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE

Med hjælp fra Kommunikationsenheden fik Lægelig Videreuddannelse i februar 2018 egne sider på www.regionshospitalet-horsens.dk/uddannelse/efter-videreuddannelse/. Målet er, at siderne skal gøre hverdagen lettere og mere overskuelig for uddannelsessteams, hovedvejledere og uddannelseslæger. Siderne bliver løbende opdateret og justeret. I 2019 fik vi en *knop* (se rød cirkel nedenfor) på intranet-forsiden, der *let* leder os direkte til siderne på hjemmesiden.

Serviceportalen

IT-hjælp

Sundheds-it

Sygdomsforløb LPR3

Nødprocedurer

Vikarkoder

Fælles it-plattform

Udskrivelse

Aktiver din adgangskode til citrix

Lægelig videreuddannelse

3-timers møder
Formål
Afholdelsen
Deltagere
Forberedelse

360-graders evaluering
360 graders feedback er en systematisk indsamling af data fra samarbejdspartnere om, hvordan en person agerer i dagligdagen.

Evaluer.dk
Efter endt ophold vil alle uddannelseslæger blive bedt om at evaluere deres ophold i afdelingen.

Kompetencevurderingsværktøjer
Kompetencevurderingsskemaerne er en hjælp til at strukturere kompetencevurderingen, og giver et overblik over de kriterier, der ligger til grund for de enkelte vurderinger.

Vejledning
Introduktion
Samtaler
Kursustilmelding
RMUK
Logbog

Inspektorbesøg
Læs alt om inspektorbesøg på Regionshospitalet Horsens.

Forandringsledelse
Det nationale kvalitetsprogram
Driverdiagram
PDSA-skema

Særligt for UAO og UKYL
Aktiviteter i Lægelig Videreuddannelse
Nyt om kurser under barsel
Tidsfristen ændres fra 5 til 6 år

Årsrapporter
Årsrapporten vedrørende lægelig videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens beskriver status for og den uddannelsesmæssige aktivitet.

Årsmøder
Hent invitation og rapport fra årsmøder.

Møder/kongresser om medicinsk uddannelse
Find information om møder og kongresser inden for medicinsk uddannelse.

Lægeboliger
Regionshospitalet Horsens har 15 rækkehuse som fortrinsvis udlejes til yngre læger.

Revideret 08-04-2019 af Berit Skjodeberg Toftegaard

Figur 21 Print-screen fra Hjemmesiden for Regionshospitalet Horsens

2.5 FYRAFTENSMØDER 2019

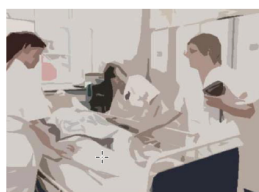
2.5.1 Fyraftenmøde om Simulation 20. februar 2019

14 deltagere var tilmeldt fyraftensmødet, hvor deltagerne først blev præsenteret for simulationens historie og graden af evidens for effekt af træning. Dernæst deltog deltagerne i teamtræning med to hold af to omgange. I første runde var briefing og debriefing bevidst mangelfuld, anden runde blev gennemført med sufficient briefing og debriefing. Vi drøftede efterfølgende, hvad det gjorde ved træningen og udbyttet, at god forberedelse og opsamling var udeladt i første runde. Workshopen fik flot tilbagemelding og vil blive gentaget. For at sikre at fange målgruppen, vil vi næste gang annoncere med teksten: *Hvilken forskel spiller kvaliteten af briefing og debriefing for udbyttet af simulationstræning? Er der en grænse for, hvor mange læringsmål vi kan nå, og hvorfor er det vigtigt at være målrettet et læringsmål? Er du simulatorinstruktør og trænger til inspiration, eller har du lyst til at være det, så kom og vær med.*

Simulation, what's in it for me?

Instruktører fra MidtSIM tilbyder et FYRAFTENS-MØDE, som via oplæg, mini simulationer og drøftelser svarer på:

*Hvad er simulation?
Hvad kan simulation?
Hvad kræver simulation?
Gavner det patienterne?*



Målgruppe: Alle faggrupper

Tid og sted: SiC, showroom 2, Regionshospitalet Horsens
onsdag d. 20. feb. kl. 15-17.

Tilmelding til Berit Toftegaard på mail: bertof@rm.dk

Undervisere:

Magnus Bie, Projektsygeplejerske, MidtSIM
Susanne Slot, Projektleder, Anæstesisygeplejerske, MidtSIM
Charlotte Hansen, Sygeplejerske, Daglig Leder SiC

Figur 22 Invitation til fyraftensmøde om simulation

2.5.3 Fyraftenworkshop om suturteknik med hands-on 10. april 2019

Workshopen var fuldttegnet. Per Møller Hansen (ortopædisk overlæge) og Ahmad Makki (introlæge i orto) underviste først teoretisk i suturteknik, derefter superviserede de den praktiske træning og gav konstruktiv feedback. Charlotte og Jeanne fra SiC havde forberedt seancen med sutur og pads. Det var en lærerig eftermiddag.

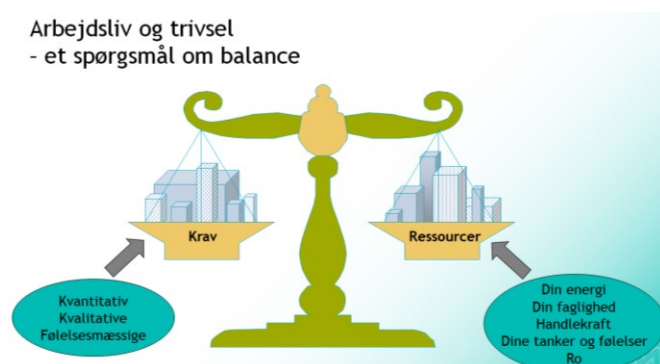
Efterfølgende er workshopen inkluderet i KBU-lægernes (akut og kirurgisk) introprogram fire gange om året. Planen er dertil at udbyde en workshop med træning af avancerede suturteknikker et par gange om året.



Figur 23 Invitation til fyraftensmøde om suturteknik

2.5.3 Kollegial debriefing og defusing v. Mette Krøigaard 13. maj 2019

På 3-timersmøderne i 2018 arbejdede uddannelseslægerne med feedback. Fra flere afdelinger var der ønske om at etablere mere systematisk defusing i den kliniske hverdag. Et forslag til indsats var at indføre tre obligatoriske spørgsmål til hinanden ved vagtskifte, så man kunne undersøge, om der var uforløste oplevelser fra vagten. Var der tilfældet, kunne vi mangle øvelse i, hvordan man hjalp den anden bedst. Derfor inviterede vi Mette Krøigaard fra Yngre Læger, som trænede os i en formaliseret metode til at håndtere det følelsesmæssige, når arbejdet byder på belastninger. Balancen mellem trivsel og mistrivsel kan veksle over tid. Følelser som glad, tilfreds og begejstret kan i kortere og længere perioder udskiftes med berørt, ramt og belastet.



Figur 24 Arbejdsliv og trivsel – et spørgsmål om balance, udlånt af Mette Krøigaard

Hun definerede kollegial defusing som en delvis struktureret aflastningssamtale, der finder sted umiddelbart efter hændelsen. Debriefing definerede hun, som en formaliseret, systematisk krisepsykologisk indsats, der samler den gruppe medarbejdere, der har været involveret i *eller overværet* en voldsom hændelse. For at defusing kan lykkes hos os, skal vi have en grundantagelse om, at alle gør deres bedste. Vi skal tale anerkendende til hinanden, have respekt for hinanden og undgå at dømme hinanden. Defusings-samtalen skal optimal have en ramme, som definerer, hvornår vi begynder, og hvornår vi

slutter. Samtalen vil i sin natur være asymmetrisk. Fokuspersonen er i centrum i samtalen, og den anden er til for fokuspersonen. Den "anden" skal så vidt muligt udelade at fortælle om egne oplevelser.

Defusings-samtalen går ud på at møde og følge den anden, at stille gode spørgsmål, at være nysgerrig, at give konstruktiv feedback og at turde være i og have overblik over samtalen (nærvær og distance). Simple spørgsmål kan være: Hvad skete der? Hvordan startede det? Hvornår gik det op for dig, at der var noget galt? Hvad gjorde du? Hvordan reagerede du? Hvilke indtryk er stærkest lige nu? Hvilke tanker havde du undervejs? Hvad mærkede eller følte du?

Normale reaktioner efter svære belastninger fremgår af tabel 7

Mulige psykiske reaktioner	Mulige fysiske reaktioner
Følelse af uvirkelighed Påtrængende tanker og erindringer Frygt/angst Tristhed og gråd Koncentrations- og hukommelsesbesvær Søvnforstyrrelser og træthed Irritabilitet og vrede Selvbebrejdelse/skyldfølelser Over- eller inaktivitet	Hovedpine Koldsved Svimmelhed Hjernebanker Smerter Rystelser Kvalme Hyppig vandladning Åndedrætsbesvær/ujævn åndedræt Anspændthed

Tabel 7 Reaktioner efter svære belastninger, Mette Krøigaard

2.5.4 Stressforebyggelse, trivsel og kollegialitet v. Nynne Lykke Christensen 18. september 2019

I forlængelse af 3-timers mødet 2019 valgte UKYL-netværkets formand Line Borregaard at invitere Nynne Lykke Christensen fra Yngre Læger.

Nynne indledte med et citat af *Richard Branson* (Britisk virksomhedsentreprenør): "*Clients do not come first. Employees come first. If you take care of your employees, they will take care of the clients.*"

Trivsel afhænger af, om udførelsen af arbejdet giver mening? Det er vigtigt at opleve, at ens arbejde har værdi, at ens arbejde bidrager til den fælles opgaveløsning og at man føler sig som en integreret del af sin afdeling.

Du kan hjælpe dine kolleger til at trives, når du fortæller, at du sætter pris på deres arbejde, at deres arbejde er værdifuldt for afdelingen. Husk at kvittere for gode initiativer, det hjælper din kollega med at opbygge selvstændighed, øge klinisk beslutningskompetence og fremme lægeidentiteten. Anerkendende relationer har især betydning for yngre læger, fordi de er organisatoriske nomader, der skifter mellem afdelinger. Tidligere har opbyggende relationer haft svære kår blandt læger i sygehusvæsenet – måske på baggrund i tarzankulturen med lægen som *den ensomme ulv, der nok skal klare sig selv*.

En opmærksomhed på de gode oplevelser er central for den enkeltes trivsel og velbefindende jf. opbygningseffekten (*flourish-theory*). Spørg hinanden: Hvad er det mest spændende, du har lavet og lært i dag? Det vil øge den kognitive kapacitet og handlingsrepertoiret, og samtidig vil evnen til at lære af feedback øges.

Kulturen på arbejdspladsen er vigtig, jo bedre man føler sig tilpas, jo højere er motivation for at indgå i arbejdsfællesskabet. Et godt psykisk arbejdsmiljø aktiverer hjernens evne til at indgå i hensigtsmæssige samarbejdsrelationer og øger evnen tage læring til sig. God læringskultur forudsætter synlig ledelse med fokus på anerkendelse og opmærksomhed. Ledelsen kan ikke skabe det alene; det forudsætter også understøttende kollegiale relationer.

Empati
Nærvær
Respekt
Aktiv lytning
Anerkendende kommunikation
Konstruktiv kritik
Kender egen begrænsning
Løsningsorienteret
Kreativ
Handlekraftig
Sjov
Videndeling
Hjælpssom, imødekommende
Opmærksom
Respekterer egne – og andres – grænser (begge parter kan sige fra)
Solidarisk med kolleger
Tillid til kollegers faglige og etiske kompetencer og dømmekraft
Bidrager til fællesskabet
Rummelig
Ærlig

Tabel 8 Kendetegn for en god kollega, udlånt af Nynne Lykke Christensen

Brok fra kolleger
Manglende ros og anerkendelse
Manglende hjælp og anerkendelse fra chefen
Store forandringer på arbejdspladsen
Langsomme og ustabile it-systemer
Mobning
Travlhed
Sure patienter, borgere, kunder, klienter

Tabel 9 De største trusler for arbejdsglæde

Det er interessant, at brok fra kolleger tynger arbejdsglæden i så svær grad. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, at negativ eller positiv kommunikation om vores opgaver enten dræner eller giver vores kolleger energi og trivsel.

Til slut kom Nynne omkring velfungerende enheder, som er kendetegnet ved at kunne anerkende, støtte, hjælpe og have en kommunikationsstil, som er udspørgende (fortæl mig mere...), er vi-orienteret (taler om den fælles interesse) og udtrykker forbundenhed (involvering, videndeling, engagement).

Aktuel forskning i følelser peger på at indsatser, der øger positivitet har potentiale til signifikant at øge produktivitet.

2.6 SPECIALE I AKUTMEDICIN

Den 12. juni 2017 godkendte Sundhedsministeren Ellen Trane Nørby Sundhedsstyrelsens indstilling om oprettelse af et nyt lægefagligt speciale i Akutmedicin. Den 9. februar 2018 blev målbeskrivelsen godkendt. Uddannelsesteamet i akutafdelingen har haft travlt med at modtage løbende feedback til uddannelsesprogrammer fra både introlæger og HU-læger. Som en del af speciallægeuddannelsen skal HU-lægerne i Akutmedicin have ophold på ortopædkirurgisk, kirurgisk og medicinsk afdeling, og have et fokuseret ophold på afdeling for kvindesygdomme og fødsler og afdeling for bedøvelse, operation og intensiv. Der har været god vilje til samarbejde på tværs af afdelinger om uddannelsesplanlægningen for læger i dette nye speciale.

De første introduktionslæger i Akutmedicin gennemførte deres ophold juni 2019, første to HU-læger blev ansat i Akutafdelingen 1. september 2019. Samtidig har mange af speciallægerne, som er ansat i akutafdelingen, fået en uddannelseskontrakt som er meritgivende til også at blive speciallæge i Akutmedicin.



Figur 25 Udklip fra LinkedIn.com om første udklækkede introlæger i Akutmedicin

2.7 NY FORDELING AF KBU-LÆGER

På RH Horsens har vi udvidet antallet af afdelinger, der har KBU-læger i første ansættelse. Fra 1. august 2018 fik medicinsk afdeling 4 årsværker af KBU-læger (2 per kvartal), og fra 1. februar 2019 blev samme tilfældet for kirurgisk afdeling. Mundtlige tilbagemeldinger og evaluering på Evaluer.dk viser umiddelbart tilfredse KBU-læger, der oplever et godt udbytte.

KBU-forløbet på Kirurgisk Afdeling varer 6 mdr. Der er altid fire KBU-læger på afdelingen, der starter to-og-to med tre måneders mellemrum, således at der overlappes med to KBU-læger, der er startet tre måneder tidligere. De første 2-3 uger består i introduktion; først fælles sygehusintroduktion, derefter fælles introduktion med andre nystartede KBU-læger fra Akutafdelingen og sidst nogle dage, hvor man ifølge med en anden læge introduceres til de forskellige funktioner på afdelingen.

De første to måneder af forløbet arbejder KBU-læger udelukkende hverdage i dagtid. Herefter påbegyndes dagvagter i weekenden og tre måneder inde i forløbet dækker man på lige fod med afdelingens øvrige mellemvagter aften-nattevagter (17c). Der er gennemsnitligt tale om ca. 2 aften-nattevagter og 2 weekend-dagvagter i måneden.

Som KBU-læge varetager man forskellige funktioner i afdelingen; kirurgisk mellemvagt, stuegang, ambulatorie samt operationsassistent. Som kirurgisk mellemvagt tilser man dels akutte kirurgiske patienter i Akutafdelingen i samarbejde med bagvagten, dels varetager man bl.a. åbne indlæggelser og andre akutte problemstillinger på sengeafdelingen samt assisterer ved operationer ved behov. Har man kirurgisk interesse er der også mulighed for oplæring i mindre indgreb og procedurer.

Man vil både i akutafdelingen og på sengeafsnittet blive præsenteret for en bred vifte af problemstillinger – både akutte og kroniske. I ambulatoriet ses primært patienter med hernie- og galdeproblematikker. Der er altid en senior læge til stede på samme afsnit, så der er rig mulighed for at kunne konferere patienter og få supervision.

Der er generelt på afdelingen en tillid til, at man som nyuddannet læge kan varetage betroede opgaver, men samtidig er der stor forståelse for, at en KBU-læge har sine begrænsninger. Man bliver derfor altid mødt åbent, når man søger råd og vejledning, og man har særligt i vagtfunktionen et tæt samarbejde med sin bagvagt. Derudover er der et tæt samarbejde og sparring med sygeplejersker og andre faggrupper på de forskellige afsnit.

Der er mulighed for at deltage i undervisning både på afdelings- og hospitalsniveau. Desuden involveres KBU-lægerne i undervisning både på morgenkonference og ved undervisning af studerende.

Afdelingen havde sine første KBU-læger fra 1. februar 2019, og KBU-forløbene bliver løbende tilpasset efter feedback og ønsker fra afdelingens KBU-læger. Uddannelsesetamper er engageret og sætter KBU-lægernes ve og vel højt, og sikrer et godt arbejdsmiljø med tilstrækkelig hensyntagen til uddannelsesniveauet.

Rikke Søgaard Kristensen, KBU-læge Kirurgisk Afdeling 1. august 2019 – 31. januar 2020.

Hvordan det er, at være i KBU ved Medicinsk Afdeling, RHH?

Som KBU-læge på medicinsk afdeling får man et solidt udgangspunkt for sit lægevirke.

Man starter på hjertemedicinsk sengeafsnit, hvor man træner sine evner for en grundig og effektiv journaloptagelse og objektiv undersøgelse. Der er gode muligheder for supervision af den vagthavende mellemvagt. Sammen med mellemvagten televisiterer man patienter med ondt i brystet, mens de er under akut transport og vurderer, om de kan have gavn af at blive modtaget i kardiologisk regi.

Efter første introduktionstid, åbner dørene sig for at udforske de andre specialer, der findes i afdelingens mange afsnit, blandt andet lungemedicin, gastroenterologi og geriatri.

Når man tilknyttes til et sengeafsnit for en periode, får man først en introduktion til det givne afsnit, og tildeles derefter en patientliste med 2 patienter. Patienterne er ofte komplekse, eksempelvis en patient med KOL i eksacerbation, som oveni har hjertesvigt og muligvis en urinvejsinfektion. Med andre ord, der er god mulighed for at anvende sin medicinske viden.

Efterhånden som man bliver mere effektiv, kan man påtage sig flere patienter.

Der er altid en mere erfaren læge til stede, man kan konferere med.

Udover sengeafsnittene, hvor man har mulighed til at få erfaring med et vidt spekter af sygdomme, procedurer (eksempelvis DC-konvertering) og trænet sin lægerolle som professionel, kommunikator og samarbejder, har man som KBU'er også mulighed for at skaffe sig erfaring med ambulans opfølgning. I hjertemedicinsk ambulatorium kan man blandt andet være med til at følge op på patienter efter et hjerteinfarkt. Her trænes også de kommunikative evner med patienter og deres pårørende.

Afslutningsvis vil jeg sige, at jeg har haft en helt vild udvikling i Horsens, og at denne start på lægelivet passede mig helt perfekt, da jeg ingen vikariat-stillinger havde, inden start. Man starter blødt med god backup, og efterhånden som man er rustet til at påtage sig mere og mere ansvar, og viser det aktivt, kan man ved medicinsk afdeling, også som KBU-læge, blive ret komfortabel i lægekitlen.

Figur 26 Beskrivelse fra KBU-læger om ophold på henholdsvis kirurgisk og medicinsk afdeling fra <http://www.regionshospitalet-horsens.dk/uddannelse/lægelig-videreuddannelse/klinisk-basis-uddannelse/>

2.8 POSTGRADUAT TVÆRFAGLIGT SIMULATIONSUDVALG

Simulation er en læringsmetode, hvor sundhedsprofessionelle og studerende kan træne og reflektere over virkelighedsnære kliniske situationer i et trygt læringsmiljø uden risiko for patienten. Det betyder også, at transfer er hjulpet godt på vej i forhold til klasserumsundervisning. Målet med træning er at forbedre patientsikkerheden, sikre individuel og teambaseret kompetenceudvikling samt bidrage til organisatorisk læring. Vi har inddelt simulation i teknisk simulation (træning af færdigheder og teknikker) og non-teknisk simulation (teamsamarbejde).

På RH Horsens foregår en lang række simulationer, herunder teamtræning i håndtering af hjertestop, ustabil patient på OP, DKC og fødegangen, traumekald og medicinsk kald, se tabel 10.

HVAD	HVEM	HVOR	HVORNÅR
Traumekald	Full-scale	SiC	Marts + oktober
Medicinsk kald	Full-scale		Dec +juni, 3 scenarier 2x3,5 time -> 4 hold årligt
Kirurgisk kald	Full-scale	SiC	Genoptages 2 gange årligt
Avanceret hjertestop		SiC	1-2 gange månedligt
Fødegang	jordemødre, obstetrikere, Anæstesi: 8 læger + 8 anæstesispl. pr. dag	In situ	2*2 dage årligt 8 hold feb+sept
OP	Ænæstesi-læge/anæstesispl. Kir, orto, gyn.læge, op.spl. 3 stuer samtidig!	In situ	4xårligt kl 8-9 torsdag morgen feb+maj+sept+dec
Intensivt	2 læger + 1-2 spl formiddag og nye hold om eftermiddagen	In situ	2*2 dage maj+nov
Opvågning	An-læger+ opvågningssygeplejersker	In situ	2*pr år
Genoplivning af nyfødte	Anæstesi-læger	In situ	Genoptages Ad hoc torsdag morgen
DKC		In situ	
ABCDE med	2 sygeplejerske	In situ	
ABCDE akut	2 spl. 2 KBU-læger	In situ	
ABCDE barsel	Under udarbejdning	In situ	
In situ tilbud	Fokus på kirurgisk/ortopædkirurgisk sengeafdeling	In situ	
Basal genoplivning	Nyansat personale	SiC	x 1 mdr. samt 4 x årligt x 2 mdr.
Luftvejshåndtering	Introlæger i anæstesi	BOI	
CVK-anlæggelse	Introlæger i anæstesi	BOI	
Spinal/epidural blokade	Introlæger i anæstesi	BOI	
Anæstesi	Introlæger i anæstesi	BOI	
Navlekateter anlæggelse	Anæstesi-læger	In situ	Genoptages Ad hoc torsdag morgen
Avanceret luftvejshåndtering med diverse "gadgets"	Anæstesi-læger	In situ	Genoptages Ad hoc torsdag morgen
LAP. SIM	Alle nye kirurgiske læger skal certificeres før første laparoskopi	Kontor over SIC	Regelmæssigt
Oplæring i FATE/FAST	Uddannelseslæger Akutafdelingen	Akut	2 gange årligt
Vaginal UL-oplæring	Introlæger i Gyn/obs.	MidtSim	
Fastsiddende skulder	Obstetrikere/jordemødre	Kvinde	
Træning af cup-anlæggelse	Obstetrikere/jordemødre	Kvinde	
SKOPI SIM	Spl. som skal skopere	MidtSim	
Forflytning	Ansatte i terapien	SiC	afvikles 4 eftermiddage årlig
Kompetencetræning. Færdighedstræning og simulation	Nyansatte spl. i akutafdelingen	SiC	4 gange årligt
Generelt tilbud til alle nyere uuddannede SSA og sygeplejersker teoretiske oplæg	Nyansatte SoSu-assisterer og spl. i akutafdelingen	SiC	4 gange årligt
Forflytning i Røntgen og scanning	nyansatte radiografer og andet relevant personale på afdelingen	SiC	4 gange årligt
Forflytningsinstruktør uddannelsen	Forflytningsvejledere, tværregionalt	SiC	1 gange årligt á 3 moduler
Medicinhåndtering	Nyansatte spl.	SiC	
Kapillærpunktur til POCT (Point of care testing)	Klinisk personale.	LAB	

Tabel 10 Teknisk og non-teknisk træning på RH Horsens

Træningssessionerne er drevet af uddannede simulatorinstruktører og flere autodidakte ildsjæle. For at skabe infrastruktur og en strategisk platform har vi nedsat et postgraduat tværfagligt simulationsudvalg. Repræsentanter i udvalget har bidraget til, at simulationsaktiviteter nu er "mappet", og at listen over simulatorinstruktører løbende bliver opdateret.

Afdelinger, som har meget erfaring med team-træninger er gode til at sikre, at nyuddannede instruktører kommer i gang med at anvende *det lærte* umiddelbar efter simulatorinstruktørkurset. Det er ikke tilfældet for afdelinger, hvor simulationsaktiviteter i mindre grad er sat i system. Derfor har daglig leder af SiC Charlotte Hansen tilbudt at være mentor for en nyuddannet simulatorinstruktør og hjælpe vedkommende i gang med simulationer for at øge transfer.

2.9 FÆRDIGHEDSLABORATORIUM I SiC

Simulations- og Innovationscenteret SiC blev etableret i 2012 som et center til klinisk færdighedstræning, forflytnings- og teamtræning samt sundhedsinnovation. Formålet er at tilbyde optimal praktisk træning af både hospitalets sundhedsfaglige personale samt studerende og elever under uddannelse, så de kan fungere sikkert og professionelt i hverdagen, både enkeltvist og som team. SiC indeholder således et færdighedslaboratorium med tilhørende sengestue, forflytningsbadeværelse og skyllerum, observationsrum der giver mulighed for overvågning af simulerede situationer og et bredt udvalg af træningsrobotter og fantomtræning.

Der foregår meget lidt postgraduat træning af læger i SiC. Teamtræning vil vi gerne have *in situ* (i hverdags-rammer). Vi er på den anden side overbeviste om, at SiC har uudnyttet potentiale. Vi tror på, at vi kan øge følelsen af mestring, øge kompetencer og skabe et socialt og fagligt krydspunkt på tværs af fagprofessioner og specialer, hvis SiC stiller sine lokaler til rådighed efter fyraften.

Derfor har vi planlagt at afholde færdighedstræning i SiC sidste onsdag i hver måned. Vores plan er, at have læringsmateriale for i første omgang anlæggelse af PVK, lumbalpunktur, EKG-tagning, tolkning af EKG, A-gas-tagning, tolkning af A-gas, anlæggelse af sonde og kateter à demeure og træning i suturteknik.



Figur 27 Invitation til Færdighedslab-eftermiddage

Samtidig er en gruppe under simulationsudvalget i gang med at undersøge mulighed for at udvikle virtual reality med det formål at kunne træne basal og på sigt avanceret HLR.

2.10 KOORDINERENDE MØDE OM HU-LÆGER I ALMEN MEDICIN

Da vores HU-læger i almen medicin har fem sygehusansættelser indenfor fem forskellige specialer af varighed på 6 måneder, har vi vurderet et særligt behov for at sikre sammenhæng i deres uddannelsesforløb. Første koordinerende møde blev afholdt februar 2018.

1. ansættelse	2. ansættelse	3. ansættelse	4. ansættelse
<i>Praksisamanuensis, fase 1. Praksisnavn meddeles ved ansættelse</i>	<i>AUH, Børneafdeling A</i>	<i>RH Horsens, Kvindeafdelingen (incl. fokuseret ophold i mammakirurgi)</i>	<i>Regionspsykiatrien Horsens</i>
<i>6 mdr.</i>	<i>6 mdr.</i>	<i>6 mdr.</i>	<i>6 mdr.</i>

5. ansættelse	6. ansættelse	7. ansættelse	8. ansættelse
<i>RH Horsens, Medicinsk afdeling</i>	<i>RH Horsens, Akutafdelingen (incl. fokuseret ophold i ortopædkirurgi)</i>	<i>Praksisamanuensis, fase 2. Samme praksis som 1. ansættelse</i>	<i>Praksisamanuensis, fase 3. Praksisnavn meddeles senere.</i>
<i>6 mdr.</i>	<i>6 mdr.</i>	<i>6 mdr.</i>	<i>12 mdr.</i>

Tabel 11 Sammensætning af ansættelser for forløb for HU-læger i Almen Medicin på RH Horsens

Fokus er, at HU-lægerne i Almen Medicin (AP-læger) får lov at arbejde med de patientkategorier, der har størst relevans for deres fremtidige virke. Samtidigt har mødet skabt grundlag for at udjævne antallet AP-læger, da både for mange og for få AP-læger i et vagtlag kan forringe deres uddannelse. Laila Sørensen fra Lønkontoret laver seks gange årligt en opdateret liste med prognose for AP-læger, som UKO sender til de relevante afdelinger. Af to omgange har afdelingerne på denne baggrund ændret på rækkefølgen af forløb. På mødet deltager også repræsentanter for uddannelseslæger fra hver af de tre somatiske afdelinger, det giver gode muligheder for at drøfte både gode og mindre gode elementer af uddannelsen.

2.11 TVÆRFAGLIG KURSUS OM LÆRING OG VEJLEDNING

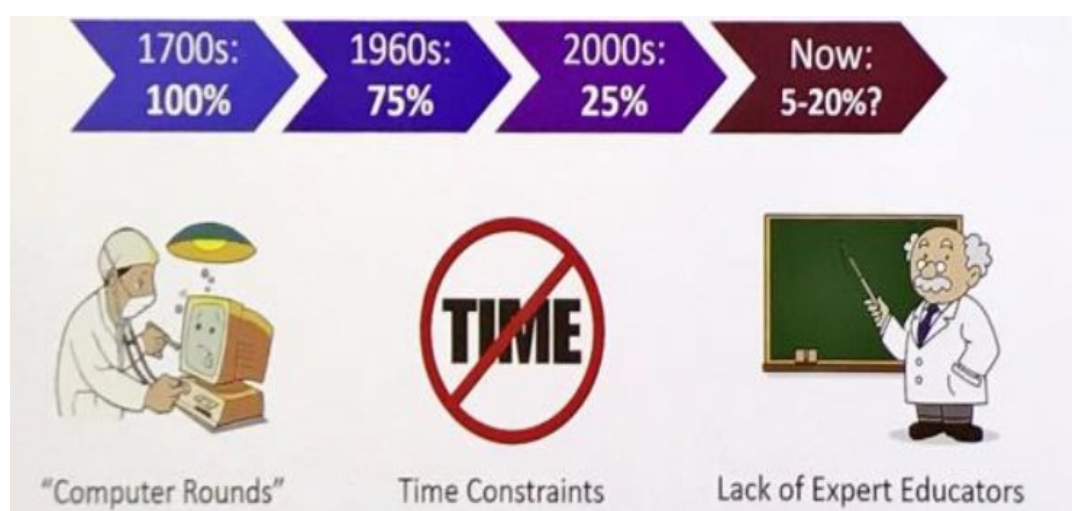
Lederforum i Region Midt besluttede i 2018, at medarbejdere på alle niveauer skal have et grundlæggende tværfagligt kursus i Læring og Vejledning, som giver indsigt i og redskaber til at håndtere vejledningssituationer i dagligdagen. Underviserne på kurset repræsenterer flere forskellige faggrupper, herunder UKO. Der afholdes kursusforløb tre gange om året.

De obligatoriske kurser for læger erstattes ikke af dette kursus, som imidlertid kan være et tilbud til læger, der er uddannet i en kontekst forskellig fra den danske. Kurset skal være med til at skabe en kultur for god vejledning. Læger, som interesserer sig for uddannelse kan have en særlig interesse i at vide, hvordan andre faggrupper ser på vejledningsopgaven.

2.12 AMEE KONGRES WIEN 2019

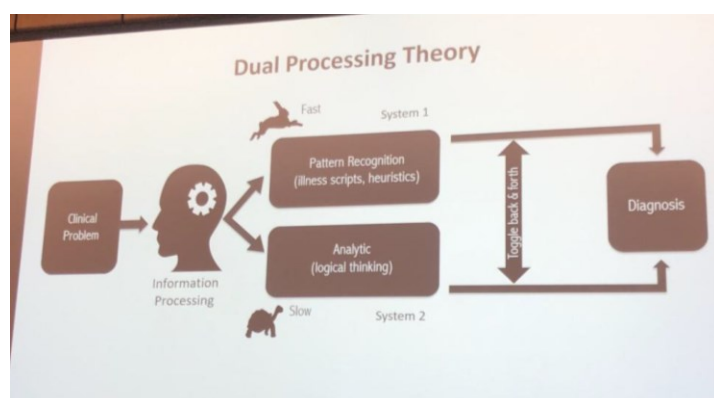
Som UKO deltog jeg på AMEE kongres i Wien. Kongressen er den europæiske kongres for medicinsk uddannelse, som arrangeres af Association for Medical Education in Europe (AMEE). Den afholdes en gang årligt.

Blandt mange gode sessioner, præsenterede Michael Wang (Mc. Master University, Ontario), at bedside undervisning var på vej ud. Årsager kan være ressourcemangel og øget effektivitet. Bedside observation er grundlaget for at give specifik feedback på uddannelseslægens bløde lægeroller, herunder evne for kommunikation, samarbejde og professionel. Færdigheder, der kan trænes bedside kan være anamneseoptagelse (spørgeteknikker, evne til at lytte/læse patienten), objektiv undersøgelse og procedurer. "Medicine is learned by the bedside and not in the classroom" (*Sir William Osler*). Vi skal alle passe på, at supervision ikke foregår foran en computerskærm.



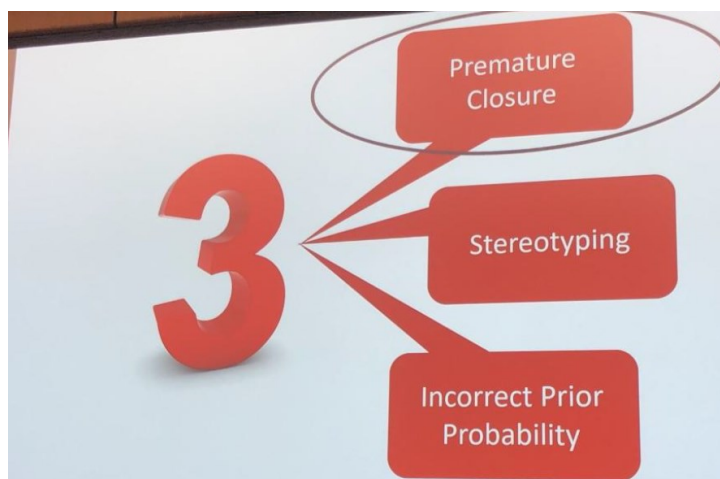
Figur 28 The death of bedside rounding, Michael Wang

Et symposium om klinisk beslutningstagning fremlagde, hvordan læger træffer beslutning om diagnose og behandlingsstrategi afhængig af klinisk erfaring. Klinisk erfaring skaber mønstergenkendelse, som kan blive basis for høj diagnostisk træfsikkerhed. Mere uerfarne vil ved mere komplekse differential diagnostiske problemstillinger være afhængige af at anvende det mere langsomme analytiske system 2 tænkning.

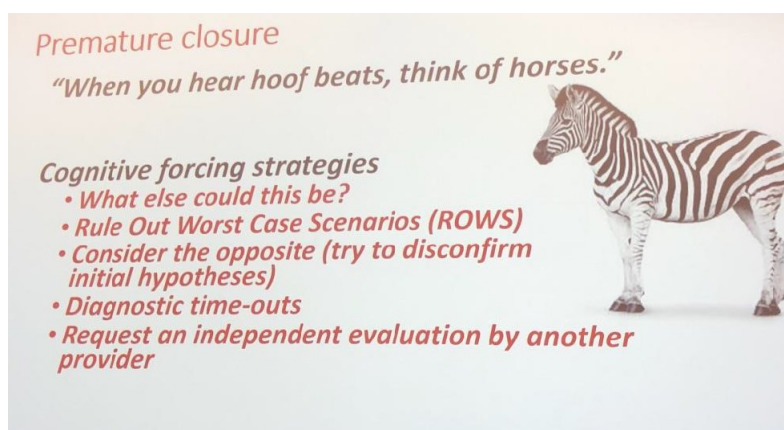


Figur 29 Dual Processing Theory, Evans & Stanovich, 2013

Tre hyppige årsager til fejl-diagnoser er ved forskning fundet som 1) premature closing (når lægen tidligt beslutter sig for, hvad patienten fejler og glemmer at tænke differential diagnostisk), 2) stereotyping (når lægen låses i at tænke visse sygdomme/tilstande, som hyppigt ses hos patientens stereotype (alder, etnicitet, vægt, socioøkonomisk status, køn eller andre faktorer) og 3) Incorrect prior probability (når anamnesen er insufficient).



Figur 30 Hyppigste årsager til fejl-diagnoser



Figur 31 Eksempel på "Premature closure"

2.13 MUK 2020

Konferencen planlægges som MUK2017 i et samarbejde mellem Videreuddannelsesregion Nord, Region Midtjylland og Region Nordjylland, Aarhus og Ålborg Universiteter, Dansk Selskab for Medicinsk Uddannelse (DSMU) og Lægeforeningen. Som UKO har jeg været en del af arbejdsgruppen. Konferencen byder på et væld af oplæg, symposier og workshops med deltagelse af anerkendte og aktuelle ind- og udenlandske oplægsholdere og facilitatorer. Hovedtemaet er "Hvordan skaber vi lægers uddannelse i fremtiden – sammen? UAO'er fra akutafdelingen er med som oplægsholder i en workshop session om upward feedback på feedback.



Figur 32 Teaser til MUK2020

2.14 HUMAN FIRST

Human First er et partnerskab mellem VIA University College, Region Midtjylland og Aarhus Universitet og handler om i fællesskab at styrke forskning og uddannelse på sundhedsområdet til gavn for både mennesker og samfund. Der er som det tredje indsatsområde sat fokus på sammenhængen mellem teori på uddannelsesstedet og praktisk træning under de kliniske ophold. Som UKO har jeg repræsenteret RH Horsens i det tværfaglige arbejde med at udvikle en hvidbog.

Vi har arbejdet med indsatser, der kan gavne overgange (transitioner) fra teori til praktik, fra studie- til arbejdsliv og for nyansatte med fokus på organisation, curriculum/uddannelsesprogrammer og krav til rammer. Målet er at opnå trivsel hos sundhedsprofessionelle. Desuden har vi arbejdet med interprofessionel læring og kontinuerlig kompetenceudvikling. Det har været en sund proces at høre, hvor de øvrige faggrupper oplever styrker og svagheder. Det har givet stof til eftertanke i forhold til både præ- og postgraduate lægelige uddannelsesforløb og bidraget til at se potentialet i at koordinere uddannelsesindsatser på tværs af fagsøjler.

3.0 Tilbage melding fra afdelingerne

3.1 AKUTAFDELINGEN

Uddannelsesteamet angiver, at afdelingens største styrke er dens kultur. Ledelsen inviterer til, at der kan snakkes om alt. Flad hierarki, hvor alle har en stemme. Feedback på feedback-konceptet (invers feedback) er døbt Horsens-modellen, og afdelingens uddannelsesteam får mange invitationer til at holde oplæg om emnet.

Fokus gennem året har også været at modtage inspektorbeføg, at afslutte det første kuld introlæger og at søsætte de første to HU-læger 1. september. Der arbejdes på skemasat supervision af mellemvagter i stil

med de løbende kompetencevurderinger af KBU-læger. Uddannelsesteamet har været med i processen om ny mødeprofil, så det er sikret, at uddannelse er tænkt ind i beskrivelsen af lægernes funktioner i de to nye patient spor: indlagt og akut ambulant.

Temaer

Score	Særlig problematisk	Ultrækkelig	Tilstrækkelig	Særlig god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram				X
Uddannelsesplan				X
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				X
Kommunikator - Læring i rollen som kommunikator				X
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder				X
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator				X
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer				X
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			X	
Professionel - Læring i rollen som professionel				X
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			X	
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi				X
Læring og kompetencevurdering				X
Arbejdstilrettelæggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger				X

Tabel 12 Inspektorerne score til akutafdelingen på de 16 variabler

Flot evaluering af uddannelsesindsatsen på Akutafdelingen



Sundhedsstyrelsen har netop evalueret Akutafdelingens uddannelsesmiljø for yngre læger og giver indsatsen en meget høj score.

'En utrolig veldrevet afdeling med fokus på uddannelse fra yngste mand og helt op i direktionen'.

Sådan konkluderer Sundhedsstyrelsen i deres nyeste inspektorrapport om uddannelsesmiljøet for yngre læger på Akutafdelingen i Horsens.

Afdelingen scorer højest som 'særlig god' inden for samtlige parametre lige på nær 'forskning' og 'læring i rollen som akademiker', som får den næsthøjeste vurdering.

- Uddannelse er en kerneopgave for os. Derfor vil vi læringskulturen, og vi dyrker den, ligesom vi dyrker 'den fejlbarlige sundhedsprofessionelle', hvor det er legitimt at tale om vores fejl for løbende at lære og blive endnu bedre, siger ledende overlæge Ulf Grue Hørluk fra Akutafdelingen.

Forstærket uddannelses-funktion

En af afdelingens to uddannelsesansvarlige overlæger Trine Gade Dyrberg fremhæver også, hvordan afdelingens gruppe af speciallæger gerne vil uddanne, og hvordan flere speciallæger på arbejde og et tiltag som 'speciallæge i front' har gjort det muligt at optimere den daglige supervision af de uddannelsessøgende læger.

- Vi har som noget nyt fået et mellemvagtslag og deraf nogle mere målrettede funktioner. F.eks. kan en KBU-læge nu blive superviseret af en hoveduddannelseslæge i almen medicin og geriatri eller introlæger i akut medicin. Vi har også fortsat fokus på at optimere vores almen praksislægers kirurgiske kompetencer, forklarer Trine Gade Dyrberg, som er uddannelsesansvarlige overlæge i fællesskab med overlæge Kristina Galsgaard.

Systematisk vurdering af kompetencer

I en afdeling med mange uddannelsessøgende læger kræver gode uddannelsesforløb, at uddannelsesteamet har mandat til at indtænke uddannelse i arbejdstilrettelæggelsen. Det er nemlig med til at sikre, at kompetencevurderingen sker systematisk, fortæller hospitalets uddannelseskoordinerede overlæge Berit Skjodeberg Toftegaard.

- I Akutafdelingen har en KBU-læge planlagt kompetencevurdering alle hverdage, hvor en mere erfaren kollega giver supervision og feedback, siger Berit Skjodeberg Toftegaard.

- Samtidig har afdelingen indført invers feedback, hvor uddannelseslæger giver feedback til deres mere erfarne kolleger i forhold til måden, de erfarne superviserer og giver feedback på til de yngre. Det er med til at skabe en vigtig bevidsthed om, hvad der skal til for at videregive læring og bidrage til god læringskultur.

Akutafdelingen får i nærmeste fremtid også hoveduddannelseslæger i akut medicin.

Figur 33 Nyhed på intranettet og sociale medier om akutafdelingens inspektorbesøg

3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV

Afdelingen har gennem året haft fokus på kompetenceudvikling af HU-lægerne. Et fokuspunkt har været at øge antallet af bagvagter med introlæge som forvagt. Med øget fokus og få (1-2) HU-læger i afdelingen af gangen er det lykkedes.

HU-lægerne har mistet muligheden for dagtidsfunktion på lægebilen. Dette har dog aldrig været et obligatorisk element i uddannelsesprogrammet og indgår ikke i målbeskrivelsen. Dagtidsfunktion på lægebilen er afløst af tilbud om 2 følgedage på lægebilen og om muligt grundkursus i indsatsledelse arrangeret af Præhospitalet.

Der er etableret en ny *stjernefunktion* på COP. Funktionen er en tilkaldefunktion som primært varetages af HU-læger. Den introlæge, som holder akutkalderen, kan ved behov tilkalde og få hjælp/råd/supervision af HU-lægen. Funktionen blev oprettet samtidig med at akutkalderen overgik til primært at være bemanded af introlæger. Dette har i starten af året kørt som en prøvehandling med positiv feedback fra alle grupper af læger i afdelingen.

Introlægers fast-track oplæringsprogram på 9 uger (3 uger på OP, 3 uger på Intensiv og 3 uger på DKC) er velimplementeret, men kan udfordres af mangel på anæstesisygeplejersker. Oplevelsen er, at det har medvirket til, at introlægerne på et tidligere tidspunkt er mere selvkørende i vagten og opnået flere færdigheder.

Tavleregistrering af færdigheder i koordinatorcentralen samt registrering af opnåede kompetencer i konferencerummet har medført fokus på progression i træning hos introlæger. Det skaber overblik over, hvad der forventes, at uddannelseslægen når indenfor tidsperioder. Det hjælper koordinatorene til at fordele ad hoc opgaver til uddannelseslæger. Det synliggør også muligheden for at godkende kompetencer som ligger uden for målbeskrivelsen for introuddannelsen.

Uddannelseslægerne udgør fast punkt på dagsordenen på speciallægemøderne. Her drøftes uddannelseslægenes progression og eventuelle udfordringer. Hovedvejleder eller UAO giver efterfølgende feedback til uddannelseslægen.

3.3 RØNTGEN OG SCANNING

Når uddannelseslægerne starter i afdelingen får de bøger og en læseplan udleveret, og så står de yngre læger selv for gennemgang/fremlæggelse af materialet hver mandag under tilstedeværelse af speciallæge. Uddannelsesteamet reviderer løbende læseplanen og materialerne.

I slutningen af året har afdelingen været udfordret på vakante speciallægestillinger, men har haft fokus på, at uddannelsen i afdelingen ikke må forringes. Det har blandt andet udmøntet sig i en særlig opmærksomhed på at tænke uddannelsesprogrammer ind i arbejdstilrettelæggelsen.

Samtidig har året budt på udformning af uddannelsesprogram for introduktionslæger. Som et nyt tiltag har afdelingen indført et uddannelsesspor i ultralyd med speciallægesupervision.

3.4 KIRURGISK AFDELING

Der har været fokus på at videreudvikle uddannelsestilbuddet til KBU-læger; KBU-lægerne har kunnet tage større andel i patientarbejdet end forventet. De sidste 3 måneder af deres første ansættelse indgår de som mellemvagter.

Uddannelsesteamet arbejder med udvikling af et nyt arbejdsrul for mellemvagter, som sikrer ligelig fordeling af arbejdsfunktioner med uddannelsesindhold. I september har afdelingen haft inspektorbeføg med en flot evaluering.

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utiltrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram				X
Uddannelsesplan				X
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				X
Kommunikator - Læring i rollen som kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator				X
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				X
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			X	
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi				X
Læring og kompetencevurdering				X
Arbejdstilrettelæggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger				X

Et trygt og godt uddannelsesmiljø. De yngre læger står aldrig alene og kan altid få hjælp af en erfaren kollega. Uddannelsesansvarlig overlæge gør et stort arbejde med koordinering og planlægning, og vejledersamtaler samt uddannelsesplaner gennemføres for alle uddannelseslæger.

Afdelingens tidligere indsatsområder er opfyldt og de nye indsatsområder består af bedre arbejdstilrettelæggelse og strukturering af uddannelsesugen

Figur 34 Uddrag af prosatekst fra inspektorerne og deres evaluering af de 16 variabler

3.5 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME, FØDSLER OG FERTILITET

Der har været fokus på at optimere afdelingens organisation og struktur, så det både løfter patientbehandling og uddannelse. Uddannelsesteam har fokus på hovedvejledersamtaler, vejledermøder, styrkelse af vejlederkompetencer generel, herunder evne til at give feedback. Dertil har fokus været på at forbedre skemaplanlægning.

Afdelingen har gruppevis været på Camps, hvor der på basis af teori om en bevidst udviklende organisation arbejdes med profilanalyser og teaming. Baseret på en case foretages analyse af egen organisation mhp. analyse og ide-forslag til forbedringer. Et produkt heraf har været udvikling af TEAM-talk bestående af fire spørgsmål, der skal stilles i et tværfagligt team efter et kritisk patientforløb på fødegangen.

1. Hvordan gik det?
2. Hvad gik godt?
3. Hvad kunne vi gøre anderledes?
4. Hvad lærte vi?

[Team-talk video](#)

Figur 35 Team-talk

3.6 MEDICINSK AFDELING

Fokus har været på at optimere arbejdstilrettelæggelsen med hensyn til uddannelse; afdelingen har fortsat kontinuitet i stuegang for KBU- og introlæger og forsøger at udbrede dette tilbud til HU-læger. Afdelingen har arbejdet med at indføre fast rul, der understøtter uddannelse. Der er arbejdet på debriefing ved vagtskifte.

Uddannelsessteamet har indført vejlederforum, hvor uddannelseslæger drøftes på skift. Det sikres, at den pågældende uddannelseslæge og hovedvejleder er på arbejde den pågældende dag, så feedbacken kan gives umiddelbart. Uddannelseslægerne er glade for feedback. Hovedvejleder oplever at blive støttet i sin funktion. En sidegevinst er også, at mødeformen har bragt de forskellige afsnit tættere sammen.

Desuden har der været fokus på at optimere forløb for AP-læger og KBU-læger. Sidstnævnte gruppe har fået tilknyttet UKYL med særlig opmærksomhed rettet mod deres trivsel og uddannelse.

3.7 ORTOPÆDISK AFDELING

Afdelingen har indført hovedvejledermøder, hvor uddannelseslægerne én efter én drøftes.

Uddannelseslægerne er glade for feedbacken. Baggrunden var et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, som alle i afdelingen havde det skidt med. Kulturen er god, afdelingen har et godt ry.

Kompetencevurdering af operative indgreb udføres. Hvorvidt vurderingen er baseret på OSATS afhænger af, hvem der superviserer. Professorambulatorierne rummer stadig god supervision på flere lægeroller.

Mellemvagtslaget er udvidet med en halv stilling fra Januar 20, det vil forventes at fremme uddannelsesmiljøet for hele vagtlaget.

3.8 BIOKEMISK AFDELING

Afdelingen har nu to speciallæger, som har stor lyst og vilje til uddannelse. De glæder sig til at modtage uddannelseslæge i hoveduddannelsesforløb i 2020.

4.0 Årsmøde i lægelig videreuddannelse 2019

4.1 ÅRSMØDE 2019 RH HORSSENS

Årsmøde 2019

Lægelig Videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens

Torsdag d. 21. november på Montra Odder Parkhotel

Program for dagen:

08.30-08.50	Morgenmad
08.50-09.15	Præsentation og velkomst <i>Berit Toftagaard</i>
09.15-10.15	Det gode arbejdsliv og det kvalificerende samarbejde <i>Opfølgning på 3-timers møde</i>
10.15-10.30	Pause
10.30-12.00	Uddannelse tænkt ind i arbejdstilrettelæggelse, oplæg <i>Introduktion Berit Toftagaard</i> <i>Struktur på afdelingen skaber smør på uddannelsen Susanne Greisen & Marie Storkholm</i> <i>Uddannelsessteamet med om bordet når skemaet lægges Thomas Hahn</i> <i>Fordele og ulemper ved rul kontrastplan Bl.a. Mehmet Öztoprak</i> <i>Muligheder ved Optima - det nye system for arbejdsplanlægning Lalla Sørensen & Lene Krag</i>
12.00-13.00	Frokost
13.00-14.00	Uddannelse tænkt ind i arbejdstilrettelæggelse, workshop <i>Syrkelse af uddannelse ved optimeret arbejdstilrettelæggelse i egen afdeling</i>
14.00-14.30	Walk and talk
14.30-15.30	UKYL-møde og senior-møde <i>Line Borregaard og Berit Toftagaard</i>
15.30-15.45	Pause
15.45-16.45	Uddannelse i en travl hverdag <i>Thomas Jakobsen, UAO ortopædkir. afd., Aalborg UH</i>
16.45-17.00	Pause
17.00-17.45	Valg af fokusområder for 2019/2020
17.45-18.00	Opsamling på dagen <i>Berit Toftagaard</i>
18.00-19.30	Middag

Figur 36 Program for Årsmødet for Lægelig Videreuddannelse 2019

Årsmødet havde fuld opbakning af uddannelsesansvarlige overlæger, uddannelseskoordinerende yngre læger, ledende overlæger, lægefaglig direktør, HR-konsulent og UKO (mødeleder).

4.1.1 DET GODE ARBEJDSLIV OG DET KVALIFICERENDE SAMARBEJDE

Temadrøftelsen blev indledt med speed dating, hvor alle deltagere fik et spørgsmål, som de stillede til en kollega. Samtidig skulle de selv besvare et spørgsmål fra kollegaen. Når der lød et fløjt byttede man spørgsmål og fandt en ny kollega.

Hvad er god work-life balance for dig?

Hvilke tre ting skaber et godt arbejdsliv for dig?

Hvad betyder et kvalificerende samarbejde for dig?

Hvordan kan du bidrage til at skabe en mestringsoplevelse for en ny kollega?

Hvordan hjælper I hinanden på en travl arbejdsdag i din afdeling? Har du forslag til, hvordan det kan styrkes?

Har du et eksempel på et tiltag, som øgede samarbejde på tværs af afdelinger?

Hvornår bidrager andre faggrupper i særlig grad til din arbejdsglæde?

Hvad gør du, når du oplever noget, der ikke er ordentlig adfærd?

Har du forslag til et tiltag, som kan hjælpe til, at flest mulige går tilfredse hjem efter vagt?

Har du forslag til et tiltag, som kan hjælpe til, at lægen i vagt ikke føler sig alene med sine opgaver?

Hvilke tiltag kan du foreslå, som kan øge fællesskabsfølelsen i din afdeling?

Hvad kan du gøre for at få en ny kollega til at føle sig som en del af fællesskabet?

Hvordan snakker I om uhensigtsmæssige hændelser i din afdeling? Har du forslag til, hvordan I kan få mere læring ud af dette?

Spiser sygeplejersker og læger frokost sammen i din afdeling? Har det indflydelse på jeres kultur?

Har du forslag til et tiltag, som kan reducere antallet af forstyrrelser i løbet af en arbejdsdag?
Hvad tænker du om fordele og ulemper ved at indføre arbejdsplan baseret på fast rul?
Forskning har vist, at *fast track* oplæring øger uddannelseslægens trivsel og arbejdsevne i vagten. Har du forslag til områder i din afdeling, hvor det kan indføres?
Forskning har vist, at *upward feedback* (feedback på en mere erfaren kollegas måde at give supervision og feedback) øger feedback kultur i en afdeling. Hvilke andre mulige gevinster kan der være?
Forskning har vist, at *upward feedback* (feedback på en mere erfaren kollegas måde at give supervision og feedback) øger feedback kultur i en afdeling. Hvilke udfordringer kan der være ved at indføre dette?
Oplever du at have kolleger, som har svært ved at få arbejde og privatliv til at gå op i en højere enhed?
Hvad tror du, at sygefravær kan betyde for arbejdsglæde?
Forskning har vist, at kollegers negative omtale af arbejdspladsen er den største trussel mod arbejdsglæde. Har du forslag til et tiltag, der kan forebygge det?
Fortæl om et udviklingsområde, som uddannelseslægerne identificerede på 3-timers mødet i din afdeling
Fortæl, hvad du ved om konceptet for et 3-timers møde
Giver du ofte feedback til din leder? Hvad hjælper dig til at gøre det? Hvad forhindrer dig i at gøre det?

Tabel 13 Spørgsmål til speed dating

Temaet havde været drøftet på årets tre-timers møde. Sessionen blev afsluttet med, at UKYLerne præsenterede udbyttet fra 3-timers mødet og besvarede spørgsmål fra deltagerne, se nedenfor.

Ortopædkirurgi:

1. Etablering af kommunikations- og samarbejdsteam – udnævnt to læger (yngre og ældre), der skal fungere som forbindelsesofficerer mhp. bedre kommunikation og samarbejde med akutafdelingen, her særlig vedrørende skadestuefunktionen.
2. Revision og opdatering af introduktionsmateriale til nyansatte læger.
3. Systematisk vagtoverlevering med deltagelse af både mellemvagt og bagvagt.

Bedøvelse, Operation og Intensiv

1. Etablering af fælleskontor for yngste læger mhp. at undgå faglig og social isolation. Nye introlæger starter i dagkirurgien sammen med sygeplejerskerne. Fællesrum kan være ramme for selvstudium, refleksion og kollegial sparring.
2. Opmærksomhed på, at nye introlæger mødes om eftermiddagen med den øvrige lægegruppe.
3. Udnævnelse af "social minister", som skal iværksætte arrangementer uden for hospitalsregi.

Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet:

1. Fokus på uddannelse – matche yngre læge med arbejdsopgave (der kan i dag være uhensigtsmæssigheder i fordelingen af opgaver mellem de yngre læger). Brug af kompetencetavlen.
2. Fokus på social trivsel – fælles frokost og sociale arrangementer.
3. Feedback til kollegaer på patientforløb – åben kultur i afdelingen.
4. Invers feedback.
5. Fokus på morgenundervisning.

Røntgen og Skanning:

1. Introlæger skal holde vagttelefonen og tage imod spørgsmål fra radiograf/plejegruppen.
2. Fokus på fokuseret supervision/udfyldelse af kompetencevurderingsskemaer i ultralyd.
3. Ny struktur på morgenkonferencen, hvor der nu grundig gennemgås udvalgt case fra listen.

Akutafdelingen:

1. Etablering af fælles frokost for læger – drøftelse af faglige problemstillinger og "hygge".
2. Udvikling af pixibog som introduktion til skadestue (skadeskompendium).

3. Udnævnelse af "social minister" til planlægning af sociale aktiviteter, også tværfagligt.
4. Systematisering af stuegang for KBU læger.

Medicinsk Afdeling

1. Mere fokus på faglighed på konferencer, herunder indførsel af case-gennemgang. Om morgenen præsenteres case af afgående mellemvagt, til middag af medicinsk bagvagt.
2. Bedre introduktion til funktion i ambulatorier. Nedsættelse af arbejdsgrupper til at kigge på, hvordan man i de enkelte ambulatorier tager imod nye læger.
3. Kontinuitet i ambulatoriearbejdet – i stil med kontinuitet i stuegang.
4. Initiativer, som kan reducere forstyrrelser.
5. Defusing efter vagt.
6. Indførsel af halvårslige medicinske temadage i specialerne.

Kirurgi:

1. Mulighed for forberedelse, inden man tilser patient – mestrings-oplevelse.
2. Implementering af *ordentlig afrunding* på dagfunktion. Indførsel af møde ved tavlen.
3. Lære organisationen at søge viden i egne rækker, inden man "forstyrrer" andre.
4. Indførsel af en "trykventil", hvor man kan komme af med sine frustrationer eller få talt udfordringer igennem. En form for debriefing.

4.1.2 UDDANNELSE TÆNKT IND I ARBEJDSSTILRETTELÆGGELSE

*"In medical education, there will always be a tension between **education and service**. However, to frame it as a question of balance or trade-off is to miss the underlying premise of this perspective: **education and service are the same thing**. There is no separation between the "pedagogic curriculum" of education and the "work curriculum" of service. In this way, it would be wrong to "stop and teach". Instead, **the teaching should be a part of the work as it is happening**"*

Figur 37 Pratt et al

4.1.2.1 INTRODUKTION v. Berit Toftegaard

Uddannelse skal være en del af arbejdet, mens det foregår. Vi skal huske at spørge os selv:

- Matcher arbejdsplanen uddannelsesprogrammet?
- Hjælpes uddannelseslægen til at være bevidst om læring? Det er lettere at reflektere over, hvad man har lært, hvis man er bevidst om, hvad man træner lige nu.

Faktorer, der påvirker arbejdspladslæring:

- Læringsfaktorer:
 - Feedback og support
 - Tillid og engagement
 - Udfordringen og værdien af arbejdet



Figur 38 Læringsfaktorer, Michael Eraut

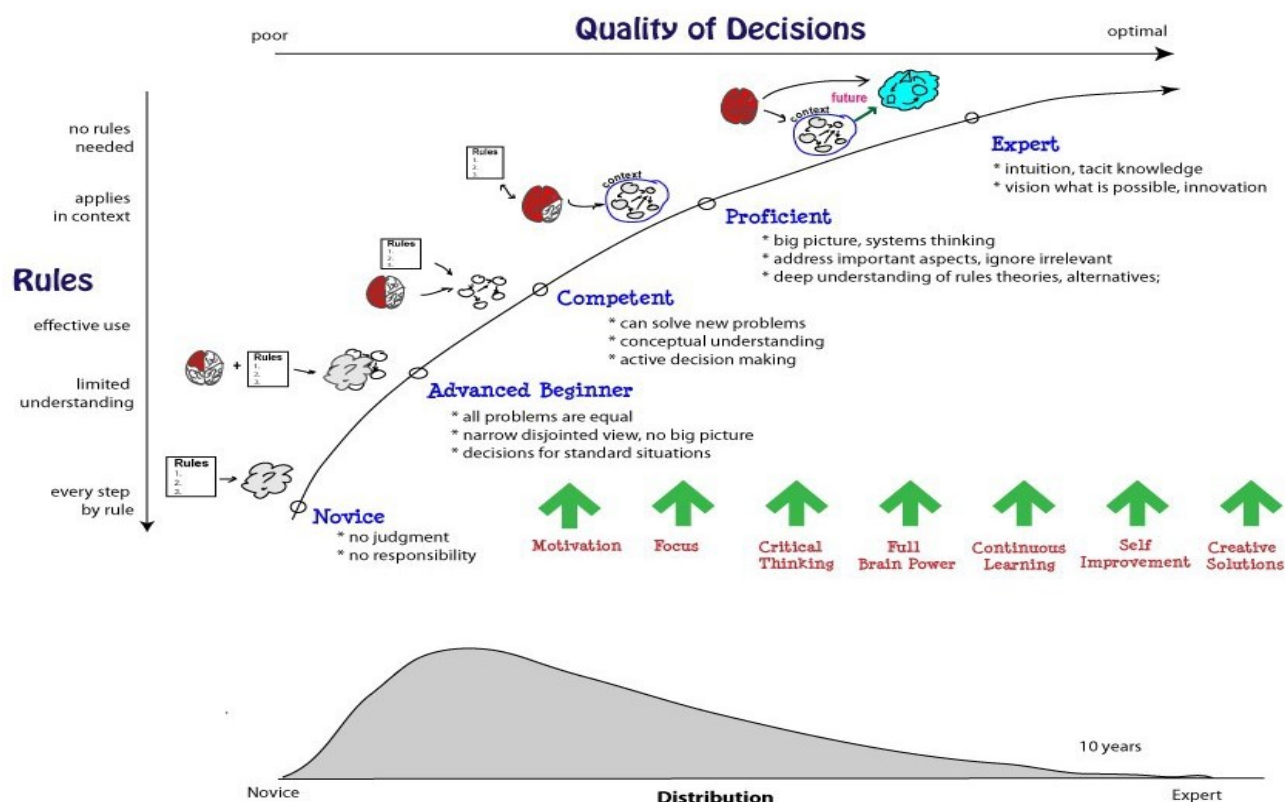
- Kontekstfaktorer:

- Tildeling og strukturering af arbejdet
- Forventninger til hver persons rolle, ydeevne og fremskridt
- Møder og relationer mellem mennesker på arbejdspladsen



Figur 39 Kontekst faktorer, Michael Eraut

Målet er at sikre, at den enkelte uddannelseslæge får opgaver, der er tilpasset kompetence- og erfaringsniveau i forhold til kompleksitet og mængde, se figur 40.



Figur 40 Dreyfus model of skill acquisition

Fokus på årsmødet var de kontekstuelle faktorer, særligt tildeling og strukturering af arbejdet.

Trusler for arbejdspladslæring (baseret på gruppearbejde):

- Produktionen/driften: patientbehandling vs. uddannelse
- Andre logikker / forkert dosering af uddannelsesopgaver
- Besparelser / økonomi
- Hvis vi glemmer at tænke uddannelse ind i strukturerne
- Tid
- Tværfaglig udligning
- Mistrivsel
- Variable: sygdom, kursusdage, barsler, vakancer etc.
- Forstyrrelser
- Centrale detailreguleringer

Læring er en del af hverdagens sociale praksis

- Læringsmuligheder skal gøre eksplicite både over for os selv og de uddannelsessøgende – refleksion hjælpes på vej, når uddannelseslægen er bevidst om læring.
- Arbejdspladskulturer og -praksis skal synliggøres – det skal give mening for de lærende hvad de ser, hører, oplever og gør.

4.1.2.2 STRUKTUR PÅ AFDELINGEN SKABER SMØR PÅ UDDANNELSEN v. Susanne Greisen

Kan forbedret planlægning forbedre vores uddannelsesmuligheder?

- Operationsplanlægning: særlige dage allokeres til særlige operationer. Sterilisation en dag om måneden, sectio-, hysterectomi-dage. Hver fredag gennemgås kommende uge med fokus på ikke at forspilde uddannelsesmuligheder.
- Ambulatorieplanlægning: buffer funktion -> altid let adgang til supervision, forstyrrelser mindskes etc. Forundersøgelse til sterilisation, oplæring i kolposkopi, urogynækologi og mini hysteroskopi.
- Obstetrik: meget uddannelse foregår i vagten. Planlagt introuge på fødegang i dag tid, planlagt teamtræning hvert semester, planlagt fantom træning hver måned.
- Tavleoverblik

ENDOMETRIEBIOPSI	E	E	E	0/A	0/A	1	I MÅL
SPIRALOPLÆGNING	E	E	E	0/A	0/A	3	THIRDS
EVAC. / AB. PRO	E	E	E	1/B	D	D	FORUS
KOLPOSKOPI & BIOPSI	E	E	E	0/A	15/C		ANTAL/kompetence
KONISATIO	E	E	E	4/C	C	0	
LAPAROSKOPI ØVRIG	24/C	14/C	49	2/B	1/B	0	
LAPAROSKOPI STER.	E	E	E	A	A	A	
ÅBNE/LUKKE ABD.	E	E	E	4/C	12/C	1	
HYSTERECTOMI, ABD.	E	E	E	C	C	B	A - klar selv/over
HYSTERECTOMI, TLH	2/B	1/B	1/B	A	A	A	B - klar selv/over
HYSTEROSKOPI (D)	5/C	5/C	23/C	A	A	A	C - klar selv/over
HYSTEROSKOPI (T)	19/C	5/C	23/C	A	A	A	D - klar selv/over
VAGINALPLASTIK	6/C	9/C	9/C	A	A	A	E - klar selv/over
NORMAL FØDELSE	5/C	3/C	5/C	A	A	A	
VAKUEKSTRAKTION	E	E	E	3/B	B	B	
GRAD I & II - BRIST	E	E	E	0/A	0/A	A	
GRAD III & IV - BRIST	E	E	E	3/B	B	B	
INTEAL. PALS & COLL. INSA	3/C	1/C	6/C	A	A	A	
MANUEL PLACENTARJ.	E	E	E	B	B	A	
SECTIO	E	E	E	3/B	12/B	12	

Figur 41 Foto af tavle, personnavne øverst er fraklippet

4.1.2.3 UDDANNELSESTEAMET MED OM BORDET, NÅR SKEMAET LÆGGES v. Thomas Hahn

Vagtplanlægning i Medicinsk Afdeling

- Valg af rul: 2 12 mands rul med et varierende antal personer uden for i stedet for 2 stramme 16 mands rul – giver både fordele og ulemper.
- Deltagere i vagtplanlægningsmødet er ledende overlæge, ambulatorie-ansvarlig sekretær, økonomisk medarbejder, vagtplanlæggere, uddannelsesansvarlig overlæge og evt. UKYL.
 - UAO er med til at tage stilling til op- og nedrykning i funktioner, hjælper med fokus på de generelle uddannelsesplaner, individuelle uddannelsesplaner fx ekko og skopi, fastholdelse af teamtilknytning (afsnitsopdelt), makkerparring, uddannelsesmuligheder (krydspunkter), planlagt undervisning, vurdering af uddannelseslægens kompetencer i funktionerne, samt bidrager til at se kontinuitetsmuligheder.
- Visioner for kontinuitet i stuegang: en speciallæge og uddannelsessøgende er sammen om stuegang 6 dage i træk, hvor speciallægen sikrer supervision, samt sikrer prioriteringen i stuegangen. Der opsættes læringsmål for ugen.
- Nye visioner: kontinuitet i skopi-oplæring, i ekkolæring og i ambulatorier.
- Udfordringer:
 - Travle speciallæger, der afbrydes ustandseligt, nedsat fleksibilitet (balance mellem uddannelse, frihed og fleksibilitet).
 - Arbejdsplanlægning er meget krævende, der skeles både til patientbehandling, uddannelse, overenskomst, kurser og ønsker om fri.

4.1.2.4 FORDELE OG ULEMPER VED RUL KONTRA ØNSKEPLAN v. Mehmet Öztoprak

Erfaringer ved at indføre et nyt rul. Hvad koster uddannelse?

- Baggrunden for at indføre rul var SWOT analysen forud for inspektørbesøget, ønske om en hurtigere, mere effektiv kompetenceerhvervelse, synliggørelse af uddannelsen, inddragelse af de uddannelsessøgende samt arbejdsglæde og fællesskabsfølelse, etablering af en hurtig 'vi-følelse'.
- Der er mange interessenter – det har betydning for mange parter, når yngre lægers opgaveportefølje justeres, herunder afdelingens organisation og økonomi, andre faggrupper (sygeplejersker m.fl.), uddannelsessøgende læger (KBU-læger/introlæger/HU-læger), speciallæger, patienter.
- Formålet med rulleplanerne er sikre mulighed for 'fast track' oplæring inden for skopier, hernier og galdesten, systematisk supervision og feedback.
 - Uddannelse er ikke gratis, heller ikke selvom det tænkes ind som en del af opgavevaretagelsen. Det kræver en forventningsafstemning med interessenterne. Vi er nød til at skabe en konsensus/forpligtelse med interessenterne – men også med uddannelseslægerne selv.
 - Ledelsen: Hvad gør vi ved vakante stillinger (barsel, sygdom mm).
 - Vikarer (endoskopi mm). Kan de supervisere og give feedback til uddannelseslæger?
 - Nedsat drift (ambulatoriet)
 - Overarbejde

- De uddannelsessøgende: Planlægge under hensyntagen til uddannelse/fast track. Dvs. villighed til at acceptere, at uddannelse/arbejde ikke altid kan koordineres, så privatlivets aktiviteter ikke forstyrres. Minde hinanden om at bruge tiden til at lære, når der er overgange og ventetider.

Dag/Uge	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Man	FRI	Skopi	ASS/STG	/	Dagvagt	ASS/STG	ASS/STG	DKC	A+N	Amb.
Tir	COP	Skopi	A+N	Amb.	ASS/STG	ASS/STG	Dagvagt	DKC	/	FRI
Ons	COP	Skopi	/	A+N	Dagvagt	ASS/STG	ASS/STG	DKC	Amb.	FRI
Tor	COP	Skopi	Dagvagt	/	ASS/STG	A+N	Amb.	DKC	ASS/STG	FRI
Fre	COP	Skopi	Amb.	Dagvagt	FRI	/	A+N	DKC	FRI	FRI
Lør	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	/	FRI	Dagvagt W	A+N
Søn	FRI	FRI	A+N	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	Dagvagt W	/

Dag/Uge	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Man	FRI	7	7	/	7,5	7	7	7	17,25	7,25	67
Tir	7	7	17,25	7,25	7	7	7,5	7	/	FRI	67
Ons	7	7	/	17,25	7,5	7	7	7	7,25	FRI	67
Tor	7	7	7,5	/	7	17,25	7,25	7	7	FRI	67
Fre	7	7	7,25	7,5	FRI	/	17,25	7	FRI	FRI	53
Lør	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	/	FRI	7,25	17,25	24,5
Søn	FRI	FRI	17,25	FRI	FRI	FRI	FRI	FRI	7,25	/	24,5
											370

Figur 42 Planlagt rulleskema, kirurgisk afdeling

4.1.2.5 OPTIMA DET NYE SYSTEM FOR ARBEJDSPLANLÆGNING v. Laila Sørensen

Det nye system for arbejdsplanlægning Optima er forsinket, men lander hos på et tidspunkt. Ideen med at bringe det op på årsmødet var at forberede os på, hvordan vi kan bruge systemet til at tænke uddannelse mere systematisk ind i arbejdstilrettelæggelsen. Hvordan klæder vi skemalægger på, før vedkommende tager på kursus for at lære systemet. Kan vi lade systemet skabe overblik over fordeling af funktioner, så det bliver mere ligeligt, hvis lægers arbejdstilrettelæggelse ikke følger et rul?

Laila Sørensen gav os følgende råd om forberedelse:

Læger skal fordeles til teams

- Bruges til opdeling af arbejdsplanen
 - f.eks. opdeling af fagteams, teams i forhold til funktioner, teams i forhold til forskellige grupperinger herunder vagttag.
- Kan lette overblik over arbejdsplanen både under planlægning og efter

Aktiviteter (funktioner) skal navngives

- Aktiviteter er de funktioner, afdelingen har, der skal dækkes og som vil fremgå af arbejdsplanen (fx stuegang, forvagt, bagvagt m.fl.)
 - Kan bruges til at se hvor mange gange en uddannelseslæge har haft forskellige funktioner.
 - Der bliver mulighed for uddata, bagudrettet.
 - En aktivitet kan oprettes med at en overlæge og en uddannelseslæge med kompetence 'intro' er obligatorisk.

- Hvis der køres introduktionsprogram på fx 5 dage, kan der oprettes en aktivitet "intro", som uddannelseslægen får disse dage.
- Også mulighed for at give læger "stand by" vagt, dvs. de ved, hvornår de skal møde op, men de ved ikke, hvilken funktion de skal have på den vagt/tjeneste.

Kompetencer, der er relevant, skal udvælges og registreres for den enkelte læge

- En kompetence er en evne, kvalifikation, som en medarbejder besidder og skal bruge for at må indgå i en specifik aktivitet/funktion/vagt.
- Kompetencer som anvendes ved planlægning
 - Kan fx være en bestemt erfaring, at man må deltage i forvagt/mellemvagt o.l.
 - Der kan evt. tildeles kompetence "intro" til en uddannelseslæge.
 - Basiskompetencer, som alle kan, skal ikke oprettes.

Grundplaner

- Der kan oprettes en grundplan, hvor alle følgevagter og introduktioner til funktioner er tænkt ind.
- Denne grundplan kan en uddannelseslæge følge i en foruddefineret periode afhængigt af behov.

Budskaber

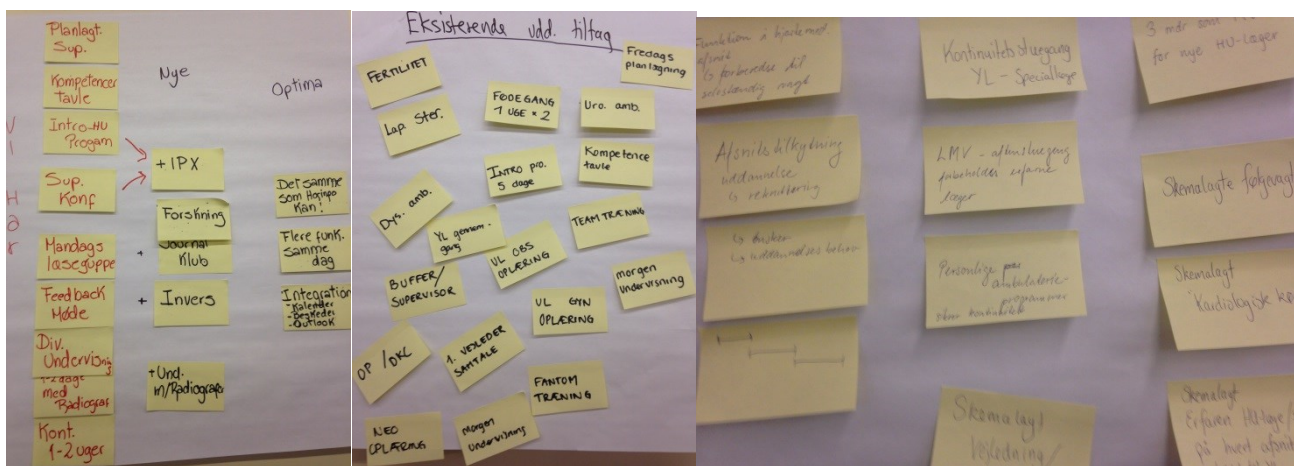
- Muligheder for optimering med projekt Optima.
- Optimering via Optima kræver struktureret samarbejde og aftaler om arbejdsplanlægning.
- I har en vigtig samarbejdsopgave i afdelingen, med forberedelse og udarbejdelse af dette inden opstart af Optima. Gå i gang nu med at planlægge – vent ikke til der er nyt om implementeringen.

4.1.2.6 WORKSHOP: OPTIMERET ARBEJDSSTILRETTELÆGGELSE I EGEN AFDELING.

Opgave afdelingsvis:

- List de uddannelsestiltag/funktioner I allerede inkluderer i arbejds-skemaet vha. post-it sedler (overvej en kolonne for hver type uddannelseslæge)
 - eksempelvis fast-track oplæring, kontinuitet i stuegang, OP dage, vagtoplæring og ambulatorie dage.
- Diskuter og list nye tiltag/nye strukturer, som I overvejer at implementere.
- List de værktøjer, som I håber, Optima kan bidrage med?

Præsentation af planche og gruppediskussion.

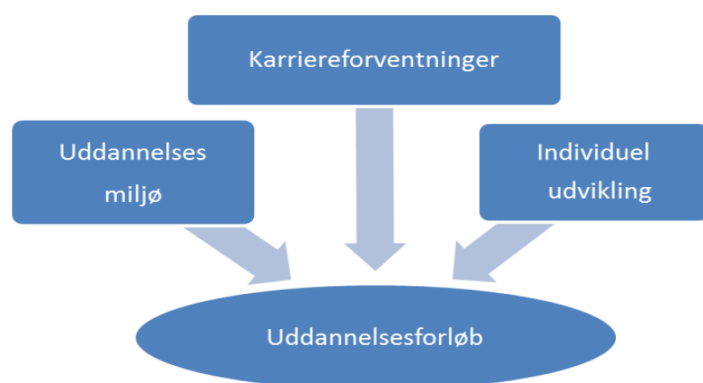


4.1.2.7 SENIORMØDE

Uhensigtsmæssige forløb/tidsmæssige krav:

Definition: "et uddannelsesforløb for en læge, der ikke inden for det planlagte forløb er i stand til at opnå de kompetencer, som uddannelsesprogrammet angiver".

Enhver læge skal forstås i en kontekst.



Figur 43 Faktorer af betydning for et uddannelsesforløb

5-7 % af alle uddannelsesforløb er uhensigtsmæssige. Det er ikke altid uddannelseslægens egen skyld. Uddannelseslægen er en del af en kontekst – et uddannelsesmiljø, som influerer på uddannelsesforløbet.

Det er oftere de bløde lægeroller, der er udfordret, men det kan være faglighed.

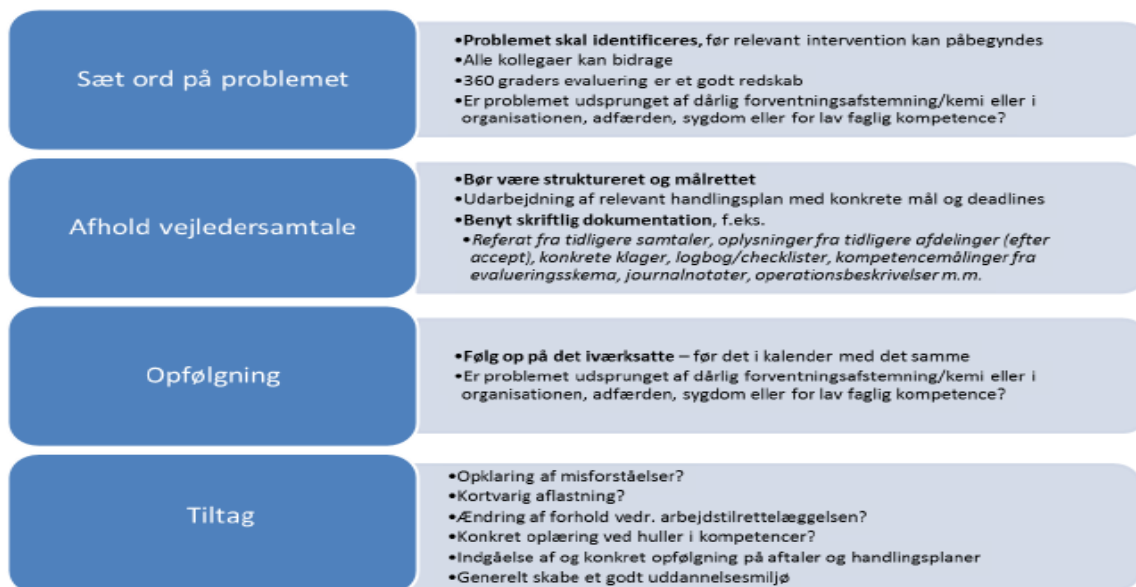
Det primære formål ved at indføre møder, hvor uddannelseslæger drøftes én efter én, er at skabe gode forudsætninger for at gøre tidlige indsatser for at rette op på forløb, når et uddannelsesforløb bekymrer.

Forholder sig passivt
Har dårlige kommunikative evner
Er for selvsikker
Har problemer med at være professionel
Formår ikke at prioritere daglige opgaver
Mangler kompetencer
Fungerer dårligt i samarbejde

Figur 44 Syv alarmerende former for adfærd, der er relateret til et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Fra *Håndtering af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb*, Pixibog, Region Syd



Figur 45 De mest faktorer relateret til et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Fra *Håndtering af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, Pixibog, Region Syd*



Figur 46 Intern intervention: Tiltag ved uhensigtsmæssige forløb foretages af hovedvejleder, den uddannelsesansvarlige overlæge i samråd med ledende overlæge. Fra *Håndtering af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, Pixibog, Region Syd*

Hvis en intern intervention ikke er tilstrækkelig er næste skridt at involvere UKO, PKL og VUS.

Indhold i en skriftlig handleplan: Oversigt over dato, deltagere og sted for afholdelse af møde, beskrivelse af hvad problemet er, angivelse af mål og delmål og deadlines, beskrivelse af indsatser, beskrivelse af hvem gør hvad, underskrifter (kontrakt), aftale om næste møde

UAOer og ledende overlæger efterspørger en fælles strategi i forhold til håndtering. Berit informerer om, at der i videreuddannelsesregionen er fundet penge til diskussion af dette, om end erfaringen er, at alle UHU

er forskellige, så der ikke kan stilles en algoritme op, der kan passe alle. Flere UAO'er har interesse i at medvirke i udarbejdelsen af en overordnet regional strategi.

Tidsmæssig gennemført uddannelse

Uddannelseslæger må maks. have 10 % fravær i et delforløb. Det udregnes i hele antal dage (360 dage på et år). De Almindelige arbejdsmarkedsregler i forhold til fravær er gældende (*eksempel*: hvis lægen melder sig syg fredag og rask igen onsdag, tæller *både* fredag, lørdag, søndag, mandag og tirsdag som fraværsdage - også selvom vedkommende ikke havde planlagt tjeneste mellem fredag og onsdag).

Fravær omfatter for eksempel:

- Egen sygdom, barns sygedage, barsel, omsorgsdage, orlov
- Kurser og uddannelse (obs. på forskellige definitioner):
 - I-stillinger: Kurser, som er en obligatorisk del af uddannelsen, tæller ikke som fravær.
 - HU-forløb: Møder og kurser, som den uddannelsessøgende læge er blevet sendt på efter aftale med ansættelsesstedets ledelse, tæller ikke som fravær.
- Ferie tæller *ikke* som fravær.

Attestation for tidsmæssigt gennemført uddannelsesforløb

- Bekræfter, at uddannelseslægens fravær maks. er 10 %.
- Det er uddannelseslægens ansvar, i samarbejde med afdelingen, at dokumentere, at fraværet ikke overstiger 10 %.
- OBS KBU-læger afleverer også selv et dokument til sundhedsstyrelsen, hvor de angiver deres fravær.

4.1.2.8 UKYL-MØDE

Mål med UKYL-netværket

Vi skal

- støtte hinanden, i de opgaver som vi har på afdelingerne.
- inspirere hinanden til mulige ny opgaver.
- planlægge to fyraftensmøder pr. år. Et forår og et efterår.
- bakke hinanden op i, at vi alle får en kontordag pr. måned til at løse vores UKYL opgave.

Opgaver som UKYL i hver afdeling

UKYL-opgaver i Kvindesygdomme, fødsler og fertilitet:

Alt arbejde ved introduktion af nye læger i afdelingen

Koordinerer den daglige morgenundervisning overgået til I læge

Opdaterer kompetencetavlen overgået til I læge

Tovholder på 3 timers møder

Hjælper med at initiere og fasthold nye uddannelsesinitiativ

Deltager i møder i det speciale specifikke videreuddannelsesudvalg

Vejleder for I-lægerne ved deres kursus i vejledning

UKYL-opgaver i Akutafdelingen:

Lave og koordinere månedlig undervisningsplan

Afholde invers feedback x3 pr. år

Deltage i idesparring med UAOer

Undervise de nye KBuer ved ankomst hver tredje måned

Afholde 3-timers møde og følge op på det herunder udvælgelse af forandringsagenter, møde med UAOer og ledende overlæge, fremlæggelse på morgenkonference 3 mdr. senere af resultaterne

Hjælpe uddannelseslæger med at fremelske deres ideer og projekter

UKYL-opgaver i Medicinsk afdeling:

Hjælpe med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, støtte den kliniske vejleder

Udsende introduktionsmateriale til nye ansatte

Rådgive afdelingsledelsen omkring ændringer der får konsekvenser for eller påvirker uddannelseslægens uddannelse, være uddannelseslægens talerør til ledelsen hvis uddannelsesmiljøet "trues"

Vejledertildeling sammen med UAO

Deltage i informationsmøde for medicinstuderende (AUH oktober 2019)

Afholde 3-timersmøde

UKYL1 for KBuer (bindeled) 1 timer intro til KBU. Møde løbende vedr. Trivsel, lægerolle.

UKYL2 for Introlæger, HU-læger i almen medicin og HU-læger i medicinske specialer

Månedlige møder med ledende overlæge, UAO og UKYL mhp. Status for uddannelse

UKYL-opgaver i Bedøvelse, operation og intensiv

- Planlægger 5 minutters undervisning

- Sender velkomstmail til nyansatte

- Tilmelder nyansatte til kursus i avanceret genoplivning

- Finder tid i arbejdsplan til introduktionssamtale mellem den nyansatte og hovedvejleder

- Løser opgaver på vegne af UAO ex. udformer "vejledning i vejledning"

- Er opmærksom på om uddannelseslægen følger plan for erhvervelse af kompetencer

- Tovholder på 3 timers møder

- Deltager som afdelingslæge ikke selv i 3 timers mødet

- Finder mødeleder og forandringsagent

- Følger op på 3 timers møde ex. "doctors lounge"

UKYL-opgaver i Ortopædkirurgisk afdeling

Fordeling og koordination af sektorophold i Intro og HU forløb.

Tildeling af hovedvejleder til uddannelsessøgende læger.

Tovholder på "Pizza-møde"

Plads i ansættelsesudvalg, når yngre læger skal ansættes i uklassificeret stillinger og introstillinger

Implementering af uddannelses tiltag.

UKYL-opgaver i Kirurgisk afdeling

- ansvarlig for planlægning af torsdagsundervisning

- ansvarlig for afvikling af 3-timers møde

- indkalde til møde - koordinere med skemalægger

- evt. at uddelegere mødeledelse

- sørge for referat

- præsentere til lægemøde

- samle op på opgaver/iværksatte projekter
- i samarbejde med UAO at varetage introduktion af nye læger
 - velkomst, introduktionsprogram, planlægge fællesintro for KBU i samarbejde med akutafdelingen
 - evaluering af KBU intro - hver 3 mdr.
- opdatere og følge op på tavle i konferencerummet
- i samarbejde med UAO arbejde for bedre uddannelsesforhold for alle på afdelingen
 - nye tiltag
 - samle op på i gangværende projekter
 - inspirere til at alle deltager og i samlet flok løfter uddannelsesniveau

UKYL-opgaver i Røntgen og Scanning

Planlægger og leder den formelle undervisning i afdelingen og ud af afdelingen (særlig akutafdelingen)

Plan for kursus for uddannelseslæger

Udbreder kendskab til relevante kursustilbud udover de generelle kurser, herunder deltagelse i webinar

Ansvarlig for at finde mødeleder til 3-timers møde og støtte implementering af indsatser



4.1.2.9 UDDANNELSE I EN TRAVL HVERDAG v. Thomas Jakobsen, UAO, Ortopædkir. afdeling, Aalborg

Konklusionen først: Vi skal have et fælles ejerskab for at løfte uddannelseskulturen i den samme retning.

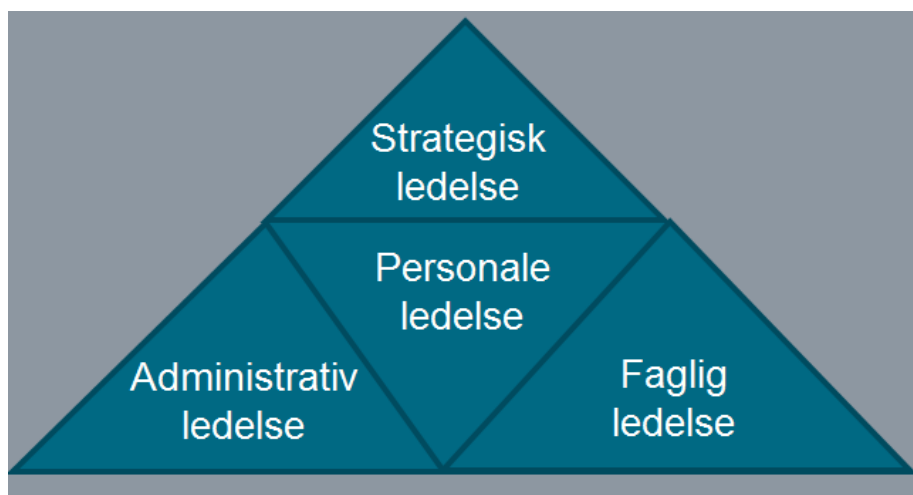
- Kerneopgaven er at flytte uddannelseslægerne fra viden til kompetencer og handlinger. Hurtig læring giver produktion, godt arbejdsmiljø og trivsel.

Grundsøjlen: Uddannelsesteamet på Ortopædkirurgisk afd., Aalborg Universitetshospital mødes fast én gang om måneden. Det er skemalagt og med en fast dagsorden.

Eget bud på, hvorfor det er lykkedes så godt: Ledende overlæge og uddannelsesteam er *aligned* og vil det samme. Parløb i forhold til driften – tænker uddannelse ind. Løbende dialog med uddannelseslægerne.

Det, vi skal som uddannelsesteam, er at bygge huset – skabe rammerne og strukturerne – så skal der nok komme gode beboere. Man kan overveje, om man skal udvide huset. Vigtigt med en professionel tilgang til, hvordan man implementerer nye tiltag.

- Ledelsestrekanten: den administrative ledelse fylder i mindre grad – personaleledelsen er det vigtigste. Man skal komme hele vejen rundt i trekanten, dermed også være opmærksom på strategisk og faglig ledelse.



Figur 47 Ledelsestrekanter

- Årligt strategimøde: ledende overlæge, uddannelsesteamet og andre interessenter i de strategiske tiltag, som man gerne vil arbejde med.

Synlig uddannelse (på dagsorden) – fx på morgenkonferencer, speciallægemøder etc. Undervisning på afdelingen: case om fredagen, kliniske færdigheder i skadestuen om onsdagen, staff-meeting om tirsdagen og case-undervisning om torsdagen. Forsøger at tænke uddannelse ind i de nuværende omgivelser.

I uddannelsesteamet tænker man både drift og projekter. Faste opgaver og projekter er uddelt på uddannelsesteamet for at sikre kontinuitet. Der er ikke givet specifik tid til det, men der gives tid, hvis det efterspørges.

Lægen som leder:

Fokuserer på det positive og på at blive endnu bedre. Eksempelvis time out: mellemvagten samler alle sygeplejersker m.v., og fortæller, hvad man gerne vil have ud af dagen, og hvad man gerne vil have feedback på.

Der er ingen barrierer for gode idéer. Uddannelsesteamet hjælper de yngre læger med at få deres gode idéer implementeret.

[illegible]

Figur 48 Foto af tavleregistreringsprojekt i skadestuen, navne fraklippet

Strukturering af vejlederteams (faste):

- Det er ikke alle, der er hovedvejledere, og det er ikke alle, der egner sig til at være det. Teams for hver af uddannelseslægegrupperne (KBU, I, HU, lægevikarer).
- Uddannelsesteamet mødes fast med vejlederteams en gang om måneden, hvor uddannelseslægerne gennemgås.
- God velkomst til nyansatte læger: bliver "set" allerede inden de starter.

Mentorkorps i alle fagområder hjælper til vurderingen af den medicinske ekspert, der jo handler meget om operative kompetencer. I fagområder, hvor det fungerer godt, byder mentor de nyansatte læger velkommen inden, laver aftaler om opgaver og kompetenceopnåelse.

Små teams i den store afdeling (sektor): løsning på manglede tilhørsforhold hos forvagter.

	OVERLÆGER	AFD. LÆGER	BV	MV	FV
ALLO	[Photos]	[Photos]			
RYG	[Photos]	[Photos]	[Photo]		
TRAUME	[Photos]	[Photos]		[Photos]	[Photos]
FOD	[Photos]	[Photo]	[Photo]		[Photos]
HAND	[Photo]	[Photos]	[Photo]	[Photos]	
BØRN	[Photos]	[Photos]	[Photos]		
IDRÆT	[Photos]	[Photos]	[Photo]	[Photo]	[Photo]
SÅR	[Photos]	[Photo]		[Photo]	
SKULDER	[Photos]		[Photo]		

Figur 49 Foto af personallokering til teams (sektorer)

Monitorering af uddannelseskvalitet i afdelingen

- Inspektorordning
- Evaluer.dk – efter de er blevet godkendt, har man en samtale med lægen
- Vakancer
- Kvalitetsmonitorering på den enkelte
 - Kompetencevurdering – fokus er på samtalen. Formative kompetencevurderinger.

Rekruttering (det lange seje træk)

- Strategimøder
- Kirurgiaften med saks (for medicinstuderende)
- Studenterrul: fjernede mellemvægten fra vagterne og lavede i stedet et stud.med. rul.
 - Flere af de nye KBU læger har tidligere været del af dét rul -> kompetencer.
- Dreamteam: målrettet rekruttering. Kursus, hvor man prøver forskellige teknikker, følge læger rundt på afdelingen eller se bestemte operationer.
- Ansættelse: samtaler på alle yngre læger (uddannelsesteamet) – interviewes efter de syv lægeroller.

Fremtiden:

- Opkvalificering af klinisk vejlederkorps

- Dreamteam

Det er vigtigt, at man er eksplicit om læringsmulighederne, når man drifter - sikre ejerskabet.

4.1.2.10 VALG AF FOKUSOMRÅDER FOR 2020

Forslag til temaer:

1. Forsknings- og innovationskultur blandt de yngre læger.
2. Faglige krydspunkter: doctors lounge, sim-rum OP, koordineret uddannelse, samarbejde om symptombaseret tilgang til patienter (medicinsk-akut), fælles spisetider.
3. Den kliniske fornuft tilbage / det kliniske blik – dristighed til ikke altid at følge retningslinjer, hvis andet giver bedre faglig mening. Eliminering af nulfejskultur.
4. Rekruttering og fastholdelse vha. uddannelse, inspireret af Thomas Jakobsens oplæg.
5. Læring på tværs af afdelinger og fagprofessioner (interprofessionalisme).
6. Den gode uddannelseshistorie skal omtales. Narrativer.
7. Hovedvejlederrollen - optimering – også i forhold til de nye medicinstuderende, der skal ud i afdelingerne.

Efter afstemning udvælges forslag 2 og 3. De to fokusområder i lægelig videreuddannelse på RHH i 2019/2020 er således:

- **Sund fornuft tilbage i patienthåndtering og opgør med nulfejskultur**
- **Etablering af læringskrydspunkter på tværs**

5.0 Monitorering af lægelig videreuddannelse

5.1 INTERNE DATA

Monitorering af lægelig videreuddannelse på RH Horsens baserer sig på data indsamlet internt, brugeroplevet kvalitet (Evaluer.dk) samt ekstern evaluering (inspektorrapporter). Det er målet, at denne monitorering gradvis udbygges.

5.1.1 Faculty development

En strategisk investering er at sikre faculty development for at optimere videreuddannelsen af læger.

Krav (RH Horsens): Indenfor maksimalt 2 år efter stillingstiltrædelse, skal UAO på "Kursus for UAO".

Alle vores uddannelsesansvarlige overlæger har været på kursus som UAO, hvorfor dette mål er fuld indfriet. På UAO kurset laver UAO en 3-års plan for lægelig videreuddannelse i egen afdeling. Jeg vil fremadrettet have større fokus på, om UAO oplever progression i denne plan.

Det tilstræbes, at speciallæger skal have gennemført "Vejlederkurset for speciallæger". Når vores introduktionslæger er på vejlederkursus, informeres de om, at kurset har en varighed på 10 år – altså er gældende frem i deres funktionstid som speciallæge. UAO og ledende overlæge står på mål for, om deres

faculty har såvel kvalifikationer og kompetencer i forhold til lægelig videreuddannelse. Dermed må de aktivt vurdere, om en relativ nyuddannet speciallæge har de tilstrækkelige vejlederkompetencer.

Afdeling	UAO (fed: deltaget i Kursus for UAO)	UKYL	Antal speciallæger	Andel af speciallæger, der har deltaget i vejlederkursus
Akut	Trine Gade Dyrberg Kristina Galsgaard	Kristian Bøgh Jessen	12	9 (75 %)
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Anne Mette Skjødt-Jensen	Anders Gade Kjærgaard	19	10 (53 %)
Røntgen og Scanning	Kirsten Enø Pedersen	Francis Yolanda	8	6 (75 %)
Kirurgisk	Mehmet Öztoprak	Nina Højer Hansen	15	12 (80 %)
Kvindesygdomme og Fødsler	Susanne Greisen	Birgitte Freilev Lindved	14 (+6 Fertilitet)	14 (100 %)
Medicinsk	Anne Lene Riis	Gitte Bloch Rasmussen Ane Mathilde Pedersen	31	21 (67 %)
Ortopædkirurgisk	Ole Kristensen	Mathias Bjerring Ho	21	4 (19 %) *
Blodprøver og Biokemi	Elsie Marie Vestergaard		2	1 (50 %)

Tabel 14 UAO og UKYL og niveau for faculty development per 1.1.2020

* Afdelingen har planlagt at sende 4 speciallæger afsted i 2020

De bløde lægeroller (kommunikator, professionel, organisator/leder og samarbejder) vurderes blandt andet ved en 360 graders evaluering.

Afdeling	Antal feedback facilitatorer	Forventet antal evalueringer i perioden 1. sept. 2018- 31. aug. 2019 ^x	Faktuelt antal evalueringer i perioden 1. sept. 2018- 31. aug. 2019 ^y	Andel faktuel/forventet
Akut	4	44	44	100 % *
Bedøvelse, Operation og Intensiv	1	8	8	100 %
Røntgen og Scanning	2	2	2	100 %
Kirurgisk	1	7	7	100 %
Kvindesygdomme og Fødsler	2	12	11	92 %
Medicinsk	3	26	24	92 %
Ortopædkirurgisk	1	6	2	33 %

Tabel 15 Fordeling af facilitatorer på de enkelte afdelinger og antal afholdte 360 graders evalueringssamtaler. ^xForventet antal, oplyst af UAO. ^y Antal rapporter leveret, oplyst af People Partner.

* 2 KBUser læger har ikke fået foretaget en 360 graders evaluering, til gengæld har to AP-læger fået en evaluering i afdelingen.

Det anbefales, at uddannelseslæger får klar information om valg af respondenter, grupperinger og maksimal antal. Mundtligt tilsagn fra respondent, før uddannelseslægen inviterer, vil øge svarprocent og formentligt kvaliteten af besvarelsen. Det anbefales at have minimum tolv respondenter og minimum 3 fra hver personalegruppe.

Der opfordres til og forventes, at uddannelseslægen medbringer handleplan til hovedvejleder ved slutevalueringssamtalen og til næste introduktionssamtale. Hvis man tør være eksplicit om sine styrker og svagheder får man lettere ved at få den rette vejledning til at udvikle sig hensigtsmæssig. Det hjælper én på vej med at udvikle et *growth mindset*.



Figur 50 Growth mindset versus fixed mindset af Carol Dweck

5.2 BRUGEROPLEVET KVALITET

Efter endt ophold skal alle uddannelsessøgende læger foretage en online evaluering på *evaluer.dk*. Nedenstående evalueringer er angivet samlet for alle uddannelsesstillinger per afdeling og vises for 2016-2019.

I januar 2016 blev der introduceret en ny spørgeramme i *evaluer.dk*. Spørgerammen er valideret. Nogle items indgår i flere variabler. Tabel 5 giver svarprocent og viser udviklingen i flowet af uddannelseslæger på de enkelte afdelinger.

	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	43/44	43/43	45/46	47/50
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	7/7	6/6	9/9	5/6
Afdeling for Røntgen og Scanning	4/4	5/5	4/4	u3
Kirurgisk afdeling	8/8	9/9	12/12	11/11
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	12/12	13/13	13/13	11/18
Medicinsk afdeling	19/20	22/22	34/34	34/38
Ortopædkirurgisk afdeling	4/4	5/5	4/4	7/7

Tabel 16 Andel af uddannelseslæger, der har besvaret *evaluer.dk* ud af samtlige uddannelseslæger. 2019 har lavere svarprocent, da data er trukket januar 2020

Svarkategorierne er 1: i meget ringe grad, 2: i ringe grad, 3: i mindre grad, 4: i nogen grad, 5: i høj grad, 6: i meget høj grad.

På statusmøder i december præsenteres uddannelsesteam og ledende overlæger får evaluér.dk, hvor der trækkes data på specifikke uddannelsesstillinger og *benchmarkes* med tilsvarende specialeafdelinger i Region Midt. Fluktuationer i score drøftes på baggrund i eventuelle justeringer af uddannelsesstilbud, trivsel mm. Ved behov drøftes mulige indsatser.

Nedenfor vises en samlet score. Overordnet set har uddannelsesteams og deres kolleger god grund til at være stolte over en stabil flot indsats for uddannelse af speciallæger. En god evaluering må dog aldrig blive en sovepude som hæmmer nytænkning.

5.2.1 Introduktion

Uddannelsesstedet og jeg afstemte forventninger til uddannelseselementet ved introduktionen.

Jeg blev introduceret til de opgaver, jeg skulle varetage.

Min hovedvejleder og jeg samarbejdede om at udarbejde min individuelle uddannelsesplan

Introduktion	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	5,0	5,0	5,3	5,2
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,3	5,4	5,0	5,4
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,2	5,5	5,7
Kirurgisk afdeling	4,6	5,1	4,9	4,9
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	5,3	5,3	5,3
Medicinsk afdeling	5,0	4,8	4,8	4,8
Ortopædkirurgisk afdeling	5,2	5,3	5,7	5,3

Tabel 17 Evalueringen af introduktion

5.2.2 Uddannelsesvejledning

Mit behov for uddannelsesvejledning er blevet opfyldt.

De planlagte kompetencevurderinger er blevet gennemført.

Kompetencevurderinger er blevet efterfulgt af feedback

Jeg er blevet tilbudt karrierevejledning svarende til mit behov.

Uddannelsesstedet og jeg afstemte forventninger til uddannelseselementet ved introduktionen.

Min hovedvejleder og jeg samarbejdede om at udarbejde min individuelle uddannelsesplan

Uddannelsesvejledning	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	4,9	4,9	5,2	5,2
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,2	5,2	5,1	5,5
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,4	5,1	5,6
Kirurgisk afdeling	4,6	4,9	4,9	4,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	5,3	5,2	5,4
Medicinsk afdeling	5,0	4,9	4,9	5,0
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,2	5,7	5,4

Tabel 18 Evaluering af uddannelsesvejledning

5.2.3 Daglig vejledning

Jeg har fået feedback i forhold til min evne til at samarbejde med sundhedsprofessionelle.

Jeg har fået feedback i forhold til min evne til at agere professionelt

Jeg har fået feedback i forhold til min evne til at kommunikere.

Jeg har fået mulighed for at udvikle mig som leder/administrator og organisator

Jeg har fået supervision svarende til mit behov i det daglige kliniske arbejde.
De daglige læringsmuligheder er blevet udnyttet.

Daglig vejledning	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	4,9	5,1	5,3	5,3
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,7	4,8	5,5
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,4	5,2	5,7
Kirurgisk afdeling	4,5	5,1	4,9	4,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,2	5,3	5,2	5,7
Medicinsk afdeling	4,8	4,5	4,7	4,7
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,4	5,7	5,3

Tabel 19 Evaluering af daglig vejledning

5.2.4 Arbejdstilrettelæggelse

De daglige vejledere har været til at få fat på, når jeg havde behov for det.

Arbejdstilrettelæggelsen har tilgodeset, at jeg også har varetaget opgaver, der er relevante for, at jeg kunne opnå kompetencer som angivet i uddannelsesprogrammet.

I arbejdstilrettelæggelsen er det blevet prioriteret, at der er progression i min kompetenceudvikling.

I arbejdstilrettelæggelsen er vejledersamtaler blevet prioriteret.

Jeg har fået supervision svarende til mit behov i det daglige kliniske arbejde

De daglige læringsmuligheder er blevet udnyttet.

Arbejdstilrettelæggelse	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	4,7	5,0	5,3	5,2
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,8	5,1	5,7
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,5	5,6	5,5	5,9
Kirurgisk afdeling	4,3	5,0	4,8	4,6
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	5,1	4,9	5,4
Medicinsk afdeling	4,8	4,4	4,8	4,8
Ortopædkirurgisk afdeling	5,1	5,5	5,3	5,2

Tabel 20 Evaluering af Arbejdstilrettelæggelse

5.2.5 Konference/undervisning

Jeg har fået mulighed for at udvikle mig som underviser

Jeg har haft mulighed for at deltage i uddannelsesstedets undervisningstilbud.

Jeg har haft udbytte af uddannelsesstedets konferencer.

Konference/undervisning	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	4,5	4,6	5,0	4,9
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,9	4,8	5,1
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,3	5,6	5,6	5,7
Kirurgisk afdeling	4,6	4,9	5,0	4,9
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	4,8	5,1	5,2
Medicinsk afdeling	4,9	4,6	5,0	4,9
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,4	5,7	5,4

Tabel 21 Evaluering af Konference/Undervisning

5.2.6 Arbejdsklima

Jeg har oplevet, at der er en gensidigt respektfuld omgangstone på uddannelsesstedet.

Jeg har været tryk ved at stille spørgsmål til kollegaer.

Jeg har kunnet diskutere svære problemstillinger med mine kollegaer.

Jeg har oplevet, at jeg har arbejdet som del af et arbejdsfællesskab.

Arbejdsklima	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	5,5	5,7	5,8	5,9
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,8	5,5	5,7	5,8
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,8	5,6	5,4	5,8
Kirurgisk afdeling	4,9	5,4	5,8	5,5
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,6	5,5	5,9	5,9
Medicinsk afdeling	5,5	5,3	5,2	5,3
Ortopædkirurgisk afdeling	5,7	5,8	6,0	5,6

Tabel 22 Evaluering af arbejdsklima

5.2.7 Øvrige

Samlet set har uddannelsesstedets indsats været tilfredsstillende.

Mit samlede uddannelsesmæssige udbytte har været tilfredsstillende.

Øvrige	2016	2017	2018	2019
Akutfdelingen	5,1	5,4	5,7	5,7
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,5	5,2	5,2	5,8
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,8	5,7	5,2	5,8
Kirurgisk afdeling	4,9	5,4	5,5	5,2
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,5	5,5	5,5	5,8
Medicinsk afdeling	5,0	4,7	4,9	5,1
Ortopædkirurgisk afdeling	5,8	5,8	6,0	5,6

Tabel 23 Evaluering af øvrige

5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING

Den eksterne vurdering af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse på RH Horsens foregår ved Inspektorbeføg fra Sundhedsstyrelsens Inspektorkorps. Formålet med Inspektorordningen er, at bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på den enkelte uddannelsesafdeling.

Dette sker via formidling af gode erfaringer og konkrete forslag til ændringer, der kan sikre uddannelseslægers opnåelse af kompetencerne i de enkelte specialers målbeskrivelser.

Der aflægges et rutinebesøg hvert fjerde år. Som resten af sundhedsvæsenet er den lægelige videreuddannelse dynamisk og i konstant udvikling, hvorfor en score fra et ældre inspektorbeføg ikke nødvendigvis er tidssvarende. På RH Horsens er det erfaringen, at et inspektorbeføg har positiv afsmittning på niveauet af lægelig videreuddannelse i den enkelte afdeling. Forberedelse til besøget giver anledning til at fokusere opmærksomheden hen på uddannelse. Opmærksomheden vil ofte opleves som en løftestang for at få implementeret tiltag, der har været undervejs.

De 16 temaer som evalueres af inspektorerne med en score fra 1-4 er 1) Introduktion til afdelingen, 2) Uddannelsesprogram, 3) Uddannelsesplan, 4) Læring i rollen som medicinsk ekspert, 5) Læring i rollen som kommunikator, 6) Læring i rollen som samarbejder, 7) Læring i rollen som leder/administrator, 8) Læring i rollen som sundhedsfremmer, 9) Læring i rollen som akademiker, 10) Læring i rollen som professionel, 11) Uddannelseslægers deltagelse i forskning, 12) Undervisning, som afdelingen giver, 13) Konferencernes læringsværdi, 14) Læring og kompetencevurdering, 15) Arbejdstilrettelæggelse og 16) Læringsmiljøet på afdelingen.

Afdeling	Seneste besøg	Evaluering af de 16 temaer fordelt på kategori			
		Utilstrækkelig	Behov for forbedringer	Tilstrækkelig	Særlig god
Akut	Juni 2019	0	0	2	14
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Okt. 2016	0	2 Sundheds-fremmer, forskning	9	5
Røntgen og Scanning	Okt. 2016	0	1 Forskning	2	13
Kirurgisk ¹	Sept. 2019	0	0	3	13
Kvinde-sygdomme og Fødsler	Marts 2015	0	4 Leder/adm., Sundheds-fremmer, Akademiker Forskning	4	8
Medicinsk	Sept. 2016	1 Forskning	1 Konference-læring	12	2
Ortopæd-kirurgisk	Feb. 2018	0	0	3	13

Tabel 24 Bedømmelse ved sidste inspektorbeføg fordelt på fire niveauer.

6.0 Fremtidigt fokus

Igen har jeg oplevet stor passion, vilje og flid for at udvikle den lægelige videreuddannelse. Vores LVR-møder har været præget af nysgerrighed på hinandens indsatser og engagement til at sprede gode erfaringer. Vores krydspunkter i klinikken har rummet overskud til åbenhed om hinandens perspektiver både med patienten og uddannelse i fokus. Jeg glæder mig til samarbejdet i året, der venter os.

Vores fokuspunkter er valgt som *sund fornuft tilbage i patienthåndtering og opgør med nulfejlskultur*, samt *etablering af læringskrydspunkter på tværs*. Allerede i skrivende stund har UKYL-netværket planlagt et fyraftensmøde om klagesager.

Et sammentræf er, at *de lægevidenskabelige selskaber* sammen med *Danske Patienter* i år lancerer en dansk "vælg klogt kampagne". Kampagnen er inspireret af det internationale program *Choosing Wisely*. Målet er, at undgå handlinger, der ikke betyder noget for kvaliteten af patientbehandlingen. Det første program blev lanceret i USA i 2012 på baggrund af en undersøgelse, der tydede på, at 30 % af sundhedsudgifter gik til overflødige undersøgelser og behandlinger. I England blev samme spild vurderet til 20 %. Det danske potentiale er skønnet til samme niveau. Vælg Klogt er ikke tænkt som et spare-projekt. Det skal flytte ressourcer hen, hvor det gør mere gavn.

Alligevel kan jeg godt være nysgerrig på, hvordan vi balancerer et sådant program med bekymringen over at overse en diagnose. Svendborgsagen har ikke sluppet sit tag – særlig ikke i de yngste af os. Det enkelte

patient forløb vurderes ikke på baggrund af den kontekst, det har udspillet sig i, hvis forløbet ender med en klage. Jeg ser frem til at arbejde sammen med jer om dette område.

Både bachelor- og kandidatdelen af medicinstudiet på Aarhus Universitet er blevet revideret. Når nye medicinstuderende kommer fra 1. september 2020, skal vi være klar til at lære dem noget på en ny måde. De skal vurderes på specifikke kompetencer og have en vejleder. De skal være praktiker og mindre beskuer. Jeg har fået fornøjelse af at lede den overordnede organisering på området i nært samspil med vores lektorer, hvoraf én fra hver afdeling, som modtager medicinstuderende, skal påtage sig opgaven som uddannelsesansvarlig prægraduat lektor (UPL). Jeg er sikker på, at det bliver en spændende proces med gevinster for den samlede lægelige uddannelse, når vi sikrer at allokere ressourcerne i uddannelseskapaleteten hensigtsmæssigt.

Jeg er også optaget af at organisere uddannelsen på tværs af faggrupper, så vi højere grad kan implementere indsatser på tværs af fagprofessioner og drage nytte af samlede pædagogiske kapacitet og ressource, hermed bidrage til hinandens mestringsoplevelser og øge vores trivsel. Jeg er ikke et øjeblik i tvivl om, at det vil have en umiddelbar afsmittende effekt på patienten.

Til sidst skal der lyde en meget stor tak til alle uddannelsesteams, afdelingsledelser, hospitalsledelsen og administrationen (her i særdeleshed Marie Kjær Sørensen) for en fokuseret og engageret indsats med at forbedre den lægelige videreuddannelse på RH Horsens.

Berit Skjødeberg Toftegaard, UKO, januar 2020

