

## Bekymringsbrev – arbejdsmiljø og uddannelse af KBU-læger

Vi er to KBU-læger, der har været ansat på Kirurgisk Afdeling i Hjørring fra 1. november 2019 til 30. april 2020. Efter aftale med Ole Møller Hansen, formand i Yngre Læger Region Nordjylland, sender vi jer dette brev, da vi har store bekymringer for denne afdeling i forhold til arbejdsmiljø og uddannelse af KBU-læger. Vi vil forsøge at skitsere nogle af de udfordringer, vi har været udsat for under vores forløb på afdelingen.

### Fravær af supervision og uddannelse

Helt fra start har introduktionen til afdelingen været mangelfuld. Den bestod i en kort rundvisning på afdelingen en formiddag ved ledende overlæge. Det os tilsendte informationsmateriale var forældet, herunder blandt andet uddannelsesprogrammet for afdelingen. Vi havde 3 følgevagter; én med mellemvagten og to med forvagten. Følgevagterne gik indtil kl. 15, men ofte kommer de fleste patienter først i Akutmodtagelsen om eftermiddagen. Herfra var det forventet, at vi kunne varetage selvstændig vagtfunktion, uden vi følte os klædt på til dette, især da én af os startede ud med tre på hinanden følgende nattevagter, uden tidligere at have været i dagvagt selvstændigt. Der var mange uafklarede ting, og der manglede helt grundlæggende information omkring alt det praktiske på afdelingen, der er nødvendigt at vide, når man står alene om natten. Først senere i vores ansættelse blev vi gjort opmærksomme på, at der eksisterer en checkliste for de første følgedage, men denne var også ukendt for de ”ældre” KBU-læger, der oplærte os.

Det er en afdeling, der tydeligt bærer præg af mangel på læger. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at der ofte ikke er tid til eller mulighed for supervision. Beder man om direkte supervision, prøver især de ældste kollegaer at tale sig udenom. Den generelle holdning på afdelingen er, ”intet nyt er godt nyt”. Efterspørger man feedback er det samme svar man får, selvom man spørger ind til specifikke problemstillinger. Konstruktivt er det ikke - på trods af, at vi har kompetenceskemaer til rådighed, som den superviserende læge kan udfylde og bruge til feedback. Som KBU-læge har man krav på supervision, også direkte supervision, og der er fra Sundhedsstyrelsen et krav om, hvilke konkrete kompetencer, der skal være opnået og godkendt i den kliniske basisuddannelse (KBU). Den manglende supervision kommer særligt til udtryk, når vi som KBU-læger skal gå stuegang. Stuegang kan potentielt være en rigtig god læringssituation, men når supervisionen ikke er tilgængelig, så er det svært. Vi har som KBU-læger flere gange været udsat for, at man er den eneste læge til at gå stuegang på sengeafdelingen, hvor der gerne ligger +20 patienter. Dette til trods for, at der til morgenkonference samme dag er gjort opmærksom på, at der mangler læger til stuegang, og der skal findes en speciallæge, der er ansvarlig for stuegang, som man kan kontakte. I disse situationer er der ofte larmende tavshed, og ingen melder sig til sådan en opgave, hvorefter alle går hver til sit, uden der er fundet en løsning. Folk har nok i sit eget, passer den opgave de er sat på til på vagtplanen og tager ikke ansvar for andet. Disse dage skal man som KBU-læge forsøge sig frem og ringe rundt for at finde en læge, der vil supervisere over telefonen, dog ikke uden lægen først skal pointere, at der ikke er vedkommendes opgave. Ofte er den eneste man får fat på bagvagten, der i forvejen har rigeligt med opgaver. Speciallæger som er sat på til stuegang står ofte samtidigt til et fuldt operationsprogram eller ambulatorie, hvilket i stor grad gør dem utilgængelige og pressede. Dette synes vi er meget kritisabelt og utrygt, da vi som KBU-læger på ingen måde har kompetencer og forudsætninger for at gå stuegang på højtspecialiserede patienter. I sidste ende går det ud over patientsikkerheden, da de beslutninger vi

tager, ikke er tilstrækkeligt superviserede, og kan være u hensigtsmæssige og i værste fald potentielt fatale for patienten. Yderligere får den mangelfulde supervision konsekvens for patientflowet på afdelingen, da man er nødsagt til at lade patienterne blive ekstra dage på afdelingen, for at blive tilset af en speciallæge, selvom hurtigere udskrivning er mulig. Disse situationer har vi som KBU-læger rigtig svært ved at stå inde for, da vi ikke føler, at vi giver patienten den bedst mulige behandling, og vi føler, vi skal gå på kompromis med vores lægeløfte. Det mest optimale vil være, at der altid er en speciallæge til rådighed ved stuegang som ingen andre funktioner har, så man altid har mulighed for direkte supervision. Dette ville bedre patientsikkerheden og øge patientflowet på afdelingen. Yderligere vil et andet forslag være, at man indfører 'før-stuegang/tavlemøde'. Herved har man sammen med sygeplejersker, der kender patienterne, samt den ansvarlige speciallæge gennemgået alle patienterne og fået opmærksomhed på de væsentligste problemstillinger og planer for de enkelte patienter. Således bliver patienterne fordelt mellem lægerne, så det bliver synliggjort, hvilken læge, der er ansvarlig for hvilke patienter, hvilket også medfører at de rigtige patienter ender ved den rigtige læge, således at vi som KBU-læger ikke skal tage beslutninger om patienter, vi på ingen måde har forudsætningerne for. Vi har i den sidste måneds tid været "heldige" at afprøve dette koncept. Som følge af Corona-krisen er ambulatorier/operationer lukket ned, og der er indført tavlemøder med speciallæger som ovenfor beskrevet. Vi er egentlig skræmte over at se, hvor meget uopsættelig læring, der ligger i dette, som vi i så stor grad har været berøvet for indtil nu, og hvor meget gavn det bringer patienterne og arbejdsgangen for læger og sygeplejersker. Vi er bevidste om, at det ikke er nødvendigt med mere end én speciallæge til dette, denne bør dog være fritaget fra andre opgaver end stuegang og administration. Vores store frygt er dog, at tavlemødet afskaffes så snart produktionen på afdelingen igen øges.

Undervisning er en vigtig del af uddannelsen af yngre læger. Dette har været en mangelvare på afdelingen. Afdelingens uddannelsesansvarlige yngre læge var tilknyttet forskning på anden matrikel, da vi startede i november 2019, så i den periode var der ikke nogen fast plan for undervisning på afdelingen og dermed ingen form for undervisning af os yngre læger. På trods af stor efterspørgsel på undervisning, blev der først i slutningen af december 2019 lavet en plan for undervisning på afdelingen, gældende fra januar-maj med i alt 11 planlagte undervisningssessioner på hele fire måneder. Al undervisning skulle holdes af de yngste læger. Dette synes vi langt fra er tilstrækkeligt, da undervisning er så altafgørende for os yngre læger. Yderligere er det et krav fra Sundhedsstyrelsen, at man mestrer kompetencen "undervise sundhedsprofessionelle". I foråret kom der restriktioner pga. Corona-krisen, hvilket resulterede i, at vores morgenundervisning på afdelingen blev aflyst, da vores lokale var for lille til, at vi måtte være så mange læger. Vi gjorde hurtigt opmærksom på, at der var et stort ønske om at få undervisning overfor konstitueret ledelse, men der blev ikke gjort noget for at finde alternative løsninger. Dette har således medført, at vi efter 6 måneders ansættelse på afdelingen har haft undervisning færre gange end det, der kan tælles på én hånd, hvilket er kritisabelt og utilstrækkeligt, når det fra Sundhedsstyrelsen forventes, at vi kan undervise sundhedsprofessionelle. KBU-lægerne på afdelingen har haft mulighed for at deltage i undervisningen på den medicinske afdeling, men eftersom det ikke har været skemalagt på vores arbejdsplan, så har det været svært at deltage i, da vi om morgenen efter morgenkonference altid har røntgenkonference, hvor scanningsbilleder fra det seneste døgn gennemgås. Vi er af den overbevisning, at det ikke er tilstrækkeligt, at vi skal nøjes med undervisning på en anden afdeling, blot fordi undervisning er en mangelvare på vores egen afdeling. Eftersom vi er på en kirurgisk afdeling, vil det være meget hensigtsmæssigt, at vi også får undervisning i kirurgisk problemstillinger. Vi har givet udtryk for, at vi ønskede at få mere "bedside-undervisning" og "hands-on" på patienterne med en superviserende læge.

### Bemandingen i vagten

Afdelingen består meget af vikarer fra vikarbureau samt udenlandske læger, der taler meget dårligt dansk. Én af udfordringerne ved, at det tit er vikarer, der dækker vagtfunktionerne er, at det er folk, der ikke kender huset, afdelingens procedurer og rutiner, og til dels arbejder inden for et helt andet speciale til daglig, eller endnu ikke har gennemført sin KBU. Udfordringerne ved at der er mange udenlandske læger på afdelingen er, at kommunikationen kan være problematisk. Både i læge til læge kommunikationen, men det er mindst lige så problematisk i læge til patient kommunikationen. Det er tit, at informationer går tabt eller simpelthen ikke når frem pga. af misforståelser og miskommunikation. Dette kan i nogle situationer få konsekvenser for patienterne, enten fordi patienterne ikke forstår, hvad der skal ske og dermed føler sig utrygge, eller fordi en kollega ikke har forstået vores oplysninger, der er givet videre i telefonen og dermed tager beslutninger ud fra en information, der er misforstået. Et andet problem er, at vi har flere tilflyttede udenlandske læger, som fungerer som mellemvagt, hvor det er tydeligt, at de endnu ikke er fortrolige med de danske retningslinjer og behandlingsvejledninger.

### Psykisk arbejdsmiljø

Generelt er det en afdeling, hvor der hersker en dårlig stemning, udledt af upassende omgangstone blandt kollegaer. Da vi blev præsenteret til morgenkonference på vores første arbejdsdag var der ingen, der bød os velkommen efterfølgende eller tog hånd om os på nogen måde. Det var tydeligt at mærke, hvordan folk var frustrerede og havde nok i sig selv. Vi har ofte været vidner til, at lægerne skændes, ruller øjne af os, råber af hinanden i lokalet, og det er sket, at folk rejser sig og går i arrigskab.

Arbejdsmiljøet og tonen på afdelingen er et stort problem. Som nævnt ovenfor er det en afdeling, der bærer præg af lægemangel. Dette kommer således også til udtryk ved den tone, der bliver brugt og den holdning, der er overfor de yngste læger. Her kan der blandt andet gives et eksempel hvor en overlæge siger til en KBU-læge, at ”*de andre KBU-kolleagers frontal-lapper er ikke ordentlig udviklet*”. Yderligere er der mange situationer, hvor de yngste læger er blevet hængt ud med navns nævnelse til enten røntgen- eller morgenkonferencer. Et eksempel på dette kan være til en røntgenkonference, hvor en patients scanningsbilleder bliver gennemgået, og det ses på scanningen, at patienten er forstoppet. En overlæge spørger efter, hvem der har indlagt patienten, og vedkommende bliver udpeget. Det viser sig så, at patienten ikke er blevet rektaleksploreret, hvilket ifølge overlægen er nødvendigt for den slags patienter. Dernæst tilføjer overlægen, at såfremt sådan en fejl skulle ske igen, skal overlægen nok finde et rigtig grimt navn til den, der kan lave sådan en fejl. Det er tydeligt, at ting som disse kun bliver sagt, fordi man er som læge er presset til det yderste, og det forklarer situationen, men det forsvaret det absolut ikke. Dette er blot et enkelt eksempel ud af mange situationer som denne.

Alt i alt har disse udfordringer haft betydelige personlige konsekvenser for os KBU-læger. Dette viser sig i form af frustrationer og manglende selvtillid, når vi er i virke, men også efter arbejdstid i vores personlige hverdag med kærester, familie og venner. Arbejdet på afdelingen forekommer så psykisk belastende, at det har resulteret i ualmindelig træthed samt talrige bekymringer, som har haft konsekvenser både i arbejdslivet og i privatlivet. Disse personlige konsekvenser har ikke kun betydning i denne ansættelse, men har sat sig dybe spor og kan potentielt have konsekvens for vores fremtidige virke som læge. Et andet aspekt er den manglende uddannelse på afdelingen. Vores 6 måneders kirurgiske ansættelse er snart gået, og vi

Hjørring den 21. april 2020

er begge dybt bekymret for, om vi har opnået den nødvendige viden og kundskab, der forventes af en KBU-læge, der har afsluttet første halvdel af sin KBU-læge-uddannelse.

Afslutningsvis skal det understreges, at der har været gjort opmærksom på ovenstående problemstillinger op til flere gange, første gang i december 2019, derudover på Yngre Læge møder samt 3-timers møde på afdelingen. Disse problemstillinger er yderligere blevet italesat overfor tillidsrepræsentant, uddannelsesansvarlige yngre læge, fællestillidsrepræsentant samt daværende ledende overlæge. Dog føler vi ikke, at vi er blevet hørt, hvorfor vi har følt os nødsaget til at kontakte Yngre Læger samt skrive dette bekymringsbrev. Vi håber, at I vil lytte til vores opråb og give vores fremtidige kolleger bedre arbejdsvilkår. Som tilstanden er nu kan vi desværre ikke anbefale andre læger at søge til Kirurgisk Afdeling i Hjørring. Det er en afdelingen, der har akut behov for forbedringer, hvis vores fremtidige kollegaer ikke skal udsættes for samme dårlige arbejdsmiljø, manglende undervisning og supervision samt patientsikkerheden igen skal være i fokus. Alt i alt kan vi kun udtrykke vores dybeste bekymringer for Kirurgisk Afdeling i Hjørring. Efter vores oplevelser og erfaringer fra afdelingen må vi konkludere, at det aktuelt ikke er en afdeling, der egner sig til at være uddannelsesafdeling for KBU-læger, da de ikke har ressourcerne til at have os.

Såfremt I er interesseret i en mundtlig uddybning, er I selvfølgelig velkomne til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Kirstine Bolette Boysen (40 96 05 18)

Marianne Lundgaard Poulsen (28 43 93 89)