

Lægelig Videreuddannelse

Årsrapport 2017/18

Regionshospitalet Horsens



midt



Forkortelser:

AUH	Aarhus Universitetshospital
CBT	Case-Based Teaching
CESU	Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser
DRRLV	Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
FF	360 graders Feedback Facilitatorer
RH	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
UKO	Uddannelseskoordinerende Overlæge
UAO	Uddannelsesansvarlig Overlæge
UKYL	Uddannelseskoordinerende Yngre Læge
VUS	Videreuddannelsessekretariat

Indholdsfortegnelse

Forord 2

1.0 Aktiviteter i lægelig videreuddannelse 3

1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE	3
1.2 AKTIVITETER OG ÅRSHJUL	5
1.3 UDVALGTE EKSTERNE RÅD/UDVALG	7

2.0 Særlige indsatser 10

2.1 TRE-TIMERS MØDE	10
2.2 HJEMMESIDE OM LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE	11
2.3 FYRAFTENSMØDER I UDDANNELSESFORUM	13
2.4 NYT SPECIALE I AKUTMEDICIN	15
2.5 NY FORDELING AF KBU-LÆGER	16
2.6 POSTGRADUAT TVÆRFAGLIGT SIMULATIONSUDVALG	16
2.7 KOORDINERENDE MØDE OM HU-LÆGER I ALMEN MEDICIN	17
2.8 UDDANNELSESLÆGER PÅ BIOKEMISK AFDELING	19
2.9 TVÆRFAGLIG KURSUS OM LÆRING OG VEJLEDNING	19
2.10 AMEE KONGRES	19

3.0 Tilbagemelding fra afdelingerne 24

3.1 AKUTAFDELINGEN	24
3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV	26
3.3 RØNTGEN OG SCANNING	28
3.4 KIRURGISK AFDELING	29
3.5 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME OG FØDSLER	30
3.6 MEDICINSK AFDELING	32
3.7 ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING	35
3.8 BIOKEMISK AFDELING	37

4.0 Årsmøder i lægelig videreuddannelse 38

4.1 ÅRSMØDE 2017	39
4.2 ÅRSMØDE 2018	47

5.0 Monitorering af lægelig videreuddannelse 58

5.1 INTERNE DATA	59
5.2 BRUGEROPLEVET KVALITET	67

5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING.....	70
<u>6.0 Fremtidigt fokus</u>	<u>72</u>

FORORD

Her har jeg fornøjelsen at præsentere status for den lægelige videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens. Jeg er stolt af mine uddannelsesteams, der sammen med deres kolleger hver dag leverer en stor engageret indsats for at uddanne fremtidens speciallæger. Vi har haft fælles kurs i retning af feedbackkultur. Vi har fået indført 3-times møder – dermed sendt et vigtigt signal om, at vi ønsker, at vores uddannelseslæger italesætter de uddannelseselementer, som ikke fungerer optimalt. Vi har tillid til, at de selv kan tænke i løsninger.

Jeg har oplevet uddannelsesteams, der i stigende grad henter inspiration hos hinanden. Uddannelsesteams - der er blevet skarpe på, hvad der er styrken og svagheden i egen afdeling.

Berit Skjødeberg Toftegaard

Uddannelseskoordinerende Overlæge, Regionshospitalet Horsens

1.0 AKTIVITETER I LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE

1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE

Lægelig Videreuddannelse omfatter klinisk basisuddannelse (KBU), introduktionsuddannelse og hoveduddannelse. På den enkelte afdeling ledes den lægelige videreuddannelse af et uddannelsesteam, som udgøres af den uddannelsesansvarlige overlæge (UAO) med hjælp fra den uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL). Alle læger på en afdeling kan fungere som kliniske vejledere, og en del af lægerne vil have funktion som hovedvejledere.

På RH Horsens varetages lægelig videreuddannelse af otte afdelinger. Pr. 1. januar 2018 var der 97,5 klassificerede uddannelsesstillinger, heraf 24 KBU-stillinger, 23 introduktionsstillinger, 50,5 hoveduddannelsesstillinger. Uddannelsesafdelingerne har 129 speciallæger inkl. professorer og ledende overlæger. Nedenfor er uddannelseslægerne fordelt på afdelingerne.

Afdeling	Subspeciale	Antal H stillinger	Antal I stillinger	KBU	Bemærkninger
Akutafdelingen	KBU			24 (24)	Reduceres fra 1.8.2018
	Akutmedicin		2 (4)		3 fra 1.8.2018
	Almen Medicin	4 (4)			5 fra 1.11.2019
	Geriatrici	0,75 (1)			
Bedøvelse, operation og Intensiv	Anæstesi	3 (2)	5 (5)		
Røntgen og Skanning	Radiologi	2 (1)	3 (4)		
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	Gyn/Obst.	3 (5)	2 (1)		
	Almen Medicin	5 (6)			
Medicinsk afdeling	KBU		(4)		2 per 1.8.2018 4 per 1.11.2018
	Intro		9 (12)		13 fra
	Almen Medicin	4 (5)			5 fra 1.8.2018
	Kardiologi	3 (4)			
	Lungemedicin	2 (2)			
	Reumatologi	1,75 (4)			
	Geriatrici	5 (4)			3,75 fra 1.1.2018
	Gastroenterologi og hepatologi	2 (1)			
	Endokrinologi	3 (5)			
Kirurgisk afdeling	Kirurgi	5 (6)	2 (4)		(+1 uklassificeret)
	Gynækologi	1 (1)			
Ortopædkirurgisk afd.	Ortopædkirurgi	6 (6)	2 (3)		(+3 uklassificerede)
Blodprøver og Biokemi	Biokemi	0 (1)			0,5 pr. 1.3.2019
Total		50,5	23		

Tabel 1: Normering af klassificerede Lægelige uddannelsesstillinger pr. 1. januar 2018 RH Horsens. I parentes er det faktiske antal angivet pr. 1. november 2018.

1.2 AKTIVITETER OG ÅRSHJUL

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

1.2.1 Årsmøde i Lægelig Videreuddannelse

Årsmødet blev afholdt første gang i oktober i 2017. Deltagere på årsmødet er uddannelsesteams (UAO og UKYL), ledende overlæger (LO), UKO, HR-konsulent og den lægefaglige direktør. Mødeformen er interaktiv med temadrøftelse på gruppe- og plenum-niveau. Formålet er 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 deltagere.

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. 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. Referatet tages af UKO, er fortroligt, sendes til LO og uddannelsesteam i pågældende afdeling.

1.2.4 Fyraftensmøder i uddannelsesforum

Fyraftensmøder i uddannelsesforum afholdes to gange årligt mhp. at vedligeholde og implementere uddannelsesrelaterede værktøjer. Målgruppen veksler mellem at være alle ansatte på RH Horsens 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-august. Formålet er at udveksle erfaring, sikre tilstrækkelige certificerede FFer og

koordinere udnyttelse af og behov for 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. Beslutningerne fra mødet skal indgå i referatet for efterfølgende LVR-møde.

1.2.7 UAO-forum

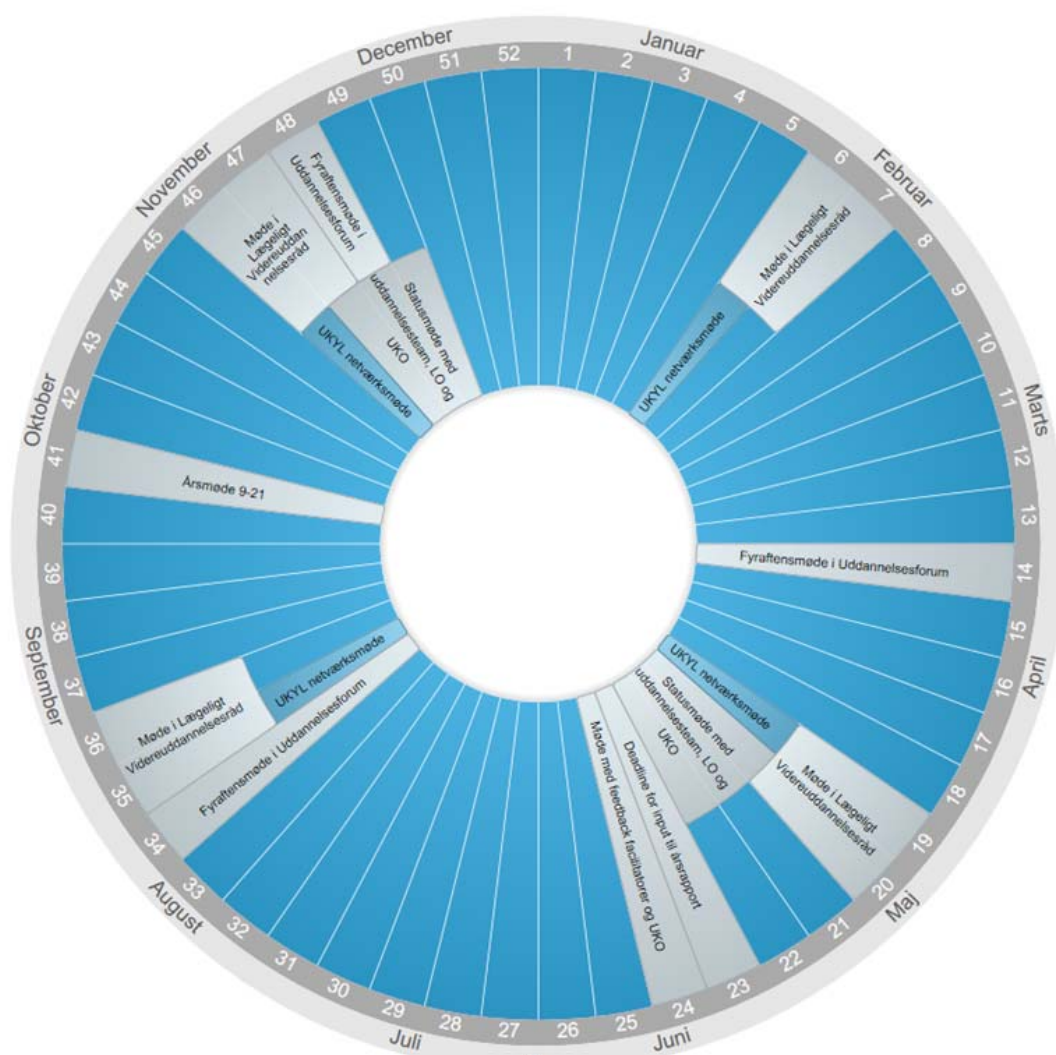
Dette forum er nyetableret. Formålet er at skabe et rum, hvor UAO kan sparre med hinanden om komplekse emner med potentiel fortroligt indhold som eksempelvis uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Udvalgte beslutningerne fra mødet skal indgå i referatet fra efterfølgende LVR-møde.

1.2.8 Koordinerende forum for HU-læger i almen medicin

Mødet blev afholdt første gang i februar 2018 og skal afholdes årligt mhp. at optimere HU-lægenes uddannelsesforløb i almen medicin her på matriklen. Deltagere på mødet er PKL og uddannelseskoordinator i almen medicin, UAO og LO fra Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, medicinsk afdeling og akutafdelingen, HR-konsulent og UKO, samt repræsentanter for HU-læger i almen medicin. Referat tages af UKO og sendes til mødedeltagere.

1.2.9 Postgraduat Tværfagligt Simulationsudvalg

Udvalget består af 1 repræsentant for både læge- og plejegruppen fra kliniske afdelinger og 1 repræsentant fra serviceafdelinger, 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. Der er ikke udfærdiget kommissorium endnu. Referatet tages af UKO, sendes til mødedeltagere og lægefaglig direktør.



Figur 1 Årshjul for de interne videreuddannelsesaktiviteter udgående fra UKO

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 uddannelsessøgende læger 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.

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 effektivisere styregruppens beslutninger og fremme den fælles koordinering på tværs af regionen.

Netværksforum kan nedsætte arbejdsgrupper og supplere sig efter behov.

Det ledes og 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 uddannelseskapaleteten.

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 cirka 4 gange årligt. Inge Marie Møller-Skuldbøl ophører som repræsentant for uddannelsesgivere i DRRLV 1. december 2018, da hun skifter ansættelse til Regionshospitalet Randers.

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 UKO-tværgruppe

UKO deltager i denne gruppe sammen med UKO fra Randers og Hospitalsenheden Midt. Formålet er at erfaringsudveksling.

1.3.9 National UKO-gruppe

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

2.0 SÆRLIGE INDSATSER

2.1 TRE-TIMERS MØDE

Konceptet for *tre-timers mødet* er udviklet af Susanne Nøhr, som er UKO på Aalborg Universitetshospital. Formålet er dels at give uddannelseslæger muligheden for at italesætte og konkret planlægge, hvad de som enkeltpersoner og som gruppe kan gøre for at optimere kvaliteten af egen uddannelse og dels at drage fordel af, at uddannelseslæger regelmæssig skifter afdeling og derfor i højere grad kan identificere uhensigtsmæssigheder, som med fordel kan forandres. Derudover trænes uddannelseslægerne i at tage medansvar for egen uddannelse.

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. Da mødet første gang blev afholdt i september 2018 på alle afdelinger var temaet *Feedback tværfagligt i egen afdeling og monofagligt på tværs*.



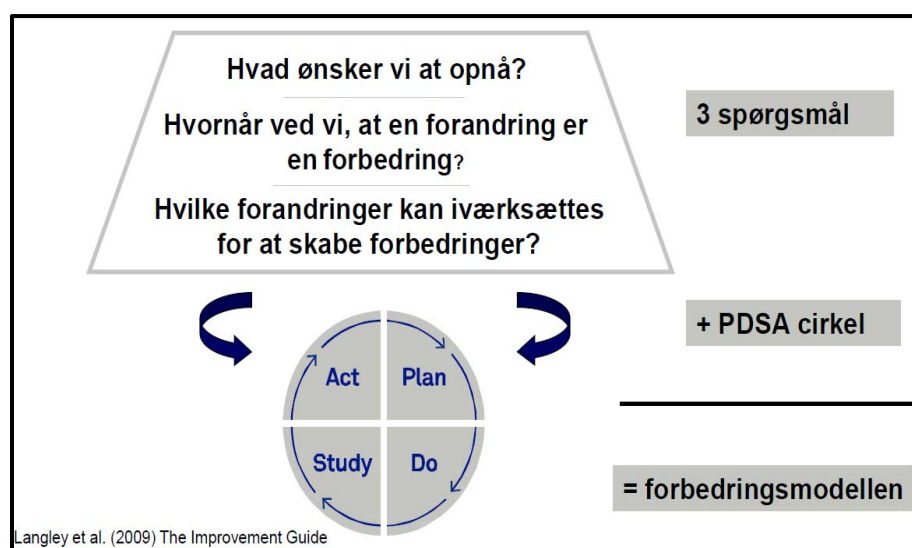
Figur 2 Tema for Tre-timers mødet 2018

Fremover vil *tre-timers mødet* afholdes om eftermiddagen den tredje onsdag i september i hver afdeling. UKYL er mødeleder, hvis denne fortsat er

uddannelseslæge, ellers vælger UKYL en uddannelseslæge som mødeleder. UKYL-netværket eller UKO sikrer, at alle mødeledere kender deres opgave.

Alle uddannelseslæger er indkaldt til *tre-timers mødet* og har mødepligt. Det er afdelingsledelsens afgørelse om vikarer og yngre læger i uklassificerede stillinger kan deltage.

Under og efter mødet udfærdiges skemaer (individuelt arbejdsark, gruppearke og fællesreferater), som mødeleder præsenterer for UAO/(UKYL) og LO. De valgte indsatsområder skal diskuteres på afdelingens fælles lægemøde. Det tilstræbes, at uddannelseslæger i afdelingen har lyst til at være forandringsledere, dvs. at være ansvarlige for at udvikle handleplan (driverdiagram og prøvehandling af forbedringsideer) for de aftalte udviklingsområder. For at øge sandsynligheden for succesfuld implementering tilbyder UKO og konsulent for kvalitetsenheden deltagelse i workshop i forandringsledelse med udgangspunkt i forbedringsmodellen. Workshopen følges op med et møde og mulighed for individuel sparring.



Figur 3 Forbedringsmodellen, Langley et al 2009.

2.2 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 uddannelses teams, hovedvejledere og uddannelseslæger.


**Regionshospitalet
Horsens**

[Patienter og pårørende](#)
[Afdelinger](#)
[Fagfolk](#)
[Forskning](#)
[Uddannelse](#)
[Job](#)
[Om os](#)
[Presse og nyheder](#)

Du er her: [Uddannelse](#) > [Lægelig videreuddannelse](#)

Uddannelse

Lægelig videreuddannelse

> Personoversigt

> Organisation af lægelig videreuddannelse lokalt og regionalt

> Klinisk basis uddannelse

> Introduktionsuddannelse

> Hoveduddannelse

> 3-timers møder

> 360-graders evaluering

> Evaluer.dk

> Kompetencevurderingsværktøjer

> Vejledning

> Inspektorbeføg

> Særligt for UAO og UKYL

> Årsrapporter

> Årsmøder

> Møder/kongresser om medicinsk uddannelse

> Lægeboliger



Lægelig videreuddannelse

Personoversigt

Se personoversigt over læger med særligt ansvar for lægelig videreuddannelse.

Organisation af lægelig videreuddannelse lokalt og regionalt

Læs om organiseringen af lægelig videreuddannelse både lokalt og regionalt.

Klinisk basis uddannelse

At være KBU på Regionshospitalet Horsens Obligatoriske kursus under KBU Uddannelsesforløb Kontaktpersoner for KBU

Introduktionsuddannelse

Akutmedicin
Anæstesi
Gynaekologi og obstetrik
Intern Medicin
Kirurgi
Ortopædkirurgi
Radiologi

Hoveduddannelse

Find målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer mm. på alle hoveduddannelser.

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 uddannelsesdæger 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
Kursusindmelding
KPMK
Logbog

Inspektorbeføg

Læs alt om inspektorbeføg på Regionshospitalet Horsens.

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 rækkehus som fortrinsvis udlejes til yngre læger.

Udskriv

Hjælp

Kontakt

Berit Skjodeberg Toftegaard

PhD, Uddannelseskoordinerende

Overlæge

Overlæge i Akutafdelingen

Lokal + 45 7842 5292

Mobil + 45 5190 8550

Email: bertof@rm.dk

Figur 4 Print-screen fra Hjemmesiden for Regionshospitalet Horsens

12

regionmidtjylland **midt**

2.3 FYRAFTENSMØDER I UDDANNELSESFORUM

2.3.1 Case-Based Teaching v. Peter Musaeus 24. august 2017 kl. 15-17

Formålet med dette fyraftensmøde var at opøve færdigheder i brug af Case-Based-Teaching (CBT), herunder specifikt at identificere en case til undervisning, at bruge cases i egen undervisning og at anvende spørgsmål, diskussion og klasserums-teknikker. At diskutere, hvordan læringsudbyttet kan optimeres ved brug af CBT, og hvilke udfordringer man kan møde i en klinisk hverdag. Målgruppen var alle læger.

Budskabet var, at CBT primært var anvendelig til klasserumsundervisningen, hvor man på tavle kunne lave kolonner med 1)Anamnese, 2)Objektive fund, 3)Parakliniske fund, 4)Differentialdiagnoser, 5)Behandling/sikkerhedsnet. Kolonnerne kunne så løbende udfyldes. Et eksempel kunne være en case, som: *60 årig mand i akutafdeling med feber, han arbejder som tømrer og har ægtefælle med cancer.* Hvilke spørgsmål vil I stille ham? Hvordan vil I undersøge ham? Hvilke parakliniske undersøgelser er relevante? Hvad kan han fejle? Etc.

CBT kan udvides til bed site undervisning. Til CBT hører forskellige spørgeteknikker, som kendetegner interaktiv undervisning, herunder *Cold Calling* (uforberedt udspørgen), afstemning og uddelegering af opgaver fx opslag på anbefalede medicinske hjemmesider.

2.3.2 Feedback ved Kristian Krogh 13. december 2017 kl. 15-17

Kristian Krogh, anæstesi-læge med PhD i debriefing ved non-teknisk simulation, lærte os, at kollegial feedback og feedback i det hele taget er et af de



Figur 5 Foto af Kristian Krogh

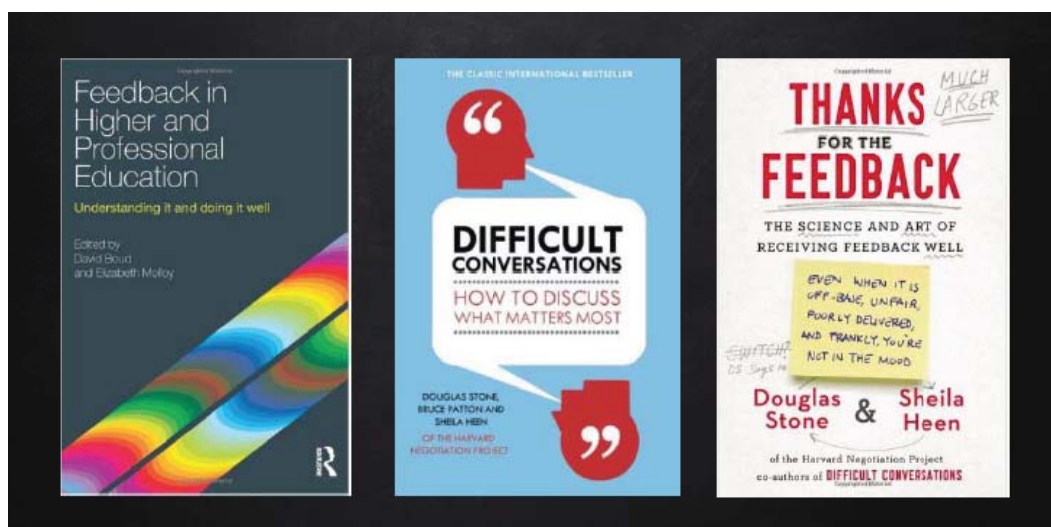
stærkeste redskaber, vi har for at influere hinanden, samt udvikle os selv og vores arbejdsmiljø. Selvom vi har de bedste intentioner er det nogle gange svært både at modtage og give feedback. Det er vigtigt, at vi har samme grundantagelse om hinanden, at vi tror på, at **alle deltagere er intelligente, kapable, ønsker at gøre deres bedste og ønsker at blive bedre.**

Det er også vigtigt, at forberedelse, supervision og feedback hænger sammen. Feedback skal være specifik for at kunne føre til ændring af praksis.



Figur 6 Specifik feedback, udlånt af Kristian Krogh

Han sagde, at feedback er en dialog, hvor feedbackgiver er undersøgende og nysgerrig. I stedet for at sige *"næste gang, skal du gøre sådan og sådan"*, er det bedre at sige *"Jeg lagde mærke til, at du gjorde sådan, prøv at fortæl mig, hvorfor du valgte det, hvor har du lært det"*. For yderligere læsning anbefalede han:



Figur 7 Litteratur om feedback, udlånt af Kristian Krogh

2.3.3 Kan kommunikation flytte kultur? v. Jane Ege Møller 24. april kl. 15-17



Figur 8 Foto af Jane Ege Møller

For at vi kan lykkes som sundhedsprofessionelle og som et koordineret tilbud til vores patienter, er det afgørende, at vi mestrer sproget verbalt og nonverbalt. Vores kultur skabes og forandres af måden, vi agerer og kommunikerer på. Hvordan håndterer vi at være rollemodeller? Hvordan mestrer vi kollegiale eller driftsmæssige udfordringer? Hvordan kan vi være professionelle og autentiske på samme tid? Hvordan kommunikerer vi *the teachable moment* og sikrer, at

læring og feedback integreres i en travl klinisk hverdag? Jane Ege Møller er cand.mag. og adjunkt ved CESU, Aarhus Universitet. Jane har baggrund i litteratur, kommunikation og filosofi. Hun har fokus på, hvordan kommunikation, narrativer og klinisk etik kan optimere den sundhedsvidenskabelige uddannelse.

Jane pointerede, at indhold er vigtigt - *Less is more*. Hun trænede os i mesterlære, herunder 1) at være specifik omkring, hvad man som mester ønsker at lære fra sig, 2) at have en bevidst opmærksomhed på de kommunikative valg, man træffer i mødet med patienten og 3) efter mødet med patienten at stille spørgsmål til uddannelseslægen *Hvad lagde du mærke til? Hvilke redskaber, så du jeg anvendte? Er der noget, du vil foreslå, jeg ændrer? Hvad vil du selv gøre fremover?*

Hun øvede os, hvordan en kommunikativ konflikt kan nedtrappes eller optrappes. Det er mere professionelt og konstruktivt, at sige:

"Jeg hører det du siger, som en vældig hård kritik" end "Du hagler mig jo ned"

"Jeg synes, vi taler forbi hinanden" end "Du hører slet ikke, hvad jeg siger"

"Jeg tror, vi må have misforstået hinanden" end "Du har misforstået det"

2.4 NYT SPECIALE I AKUTMEDICIN

Den 12. juni 2017 godkendte Sundhedsministeren Ellen Trane Nørby Sundhedsstyrelsens indstilling om oprettelse af et nyt lægefagligt speciale i Akutmedicin. Baggrunden herfor var et behov for specialister i den akutte og afklarende fase af et sygehuskrævende sygdomsforløb.

Direktør for Sundhedsstyrelsen Søren Brostrøm har udtalt: *"Patienten skal møde en speciallæge i akutafdelingen, som kan vurdere patientens symptomer og tage stilling til den indledende udredning og behandling. Samtidig skal akutmedicineren koordinere patientens videre forløb, både i og udenfor sygehuset, med tæt involvering af speciallæger fra andre specialer. Samtidig kan lokale aftaler sikre, at nogle akutte patientgrupper modtages af speciallæger inden for andre specialer end akutmedicin. Det vigtige er, at patienten hurtigt bliver vurderet, og at der bliver taget stilling til det videre patientforløb".*

Den 9. februar blev målbeskrivelsen godkendt.

Siden har uddannelsesteamet i akutafdelingen arbejdet med uddannelsesprogrammet for introlæger i det nye speciale. Der er aktuelt ansat

fire introduktionslæger på RH Horsens. Det er oplevet som et fagligt løft at få udvidet mellemvagtsslaget på akutafdelingen.

Aktuelt arbejdes der på uddannelsesprogrammet for HU-læger, som også vil inkludere ophold i varierende længde på medicinsk afdeling, kirurgisk afdeling, ortopædkirurgisk, afdeling for kvindesygdomme og fødsler og afdeling for bedøvelse, operation og intensiv.

2.5 NY FORDELING AF KBU-LÆGER

På RH Horsens har vi valgt at udvide antallet af afdelinger, der har KBU-læger i 1. ansættelse. Fra 1. august 2018 fik medicinsk afdeling fire årsværker af KBU-læger (to per kvartal), og fra 1. februar 2019 er samme tilfældet for kirurgisk afdeling.

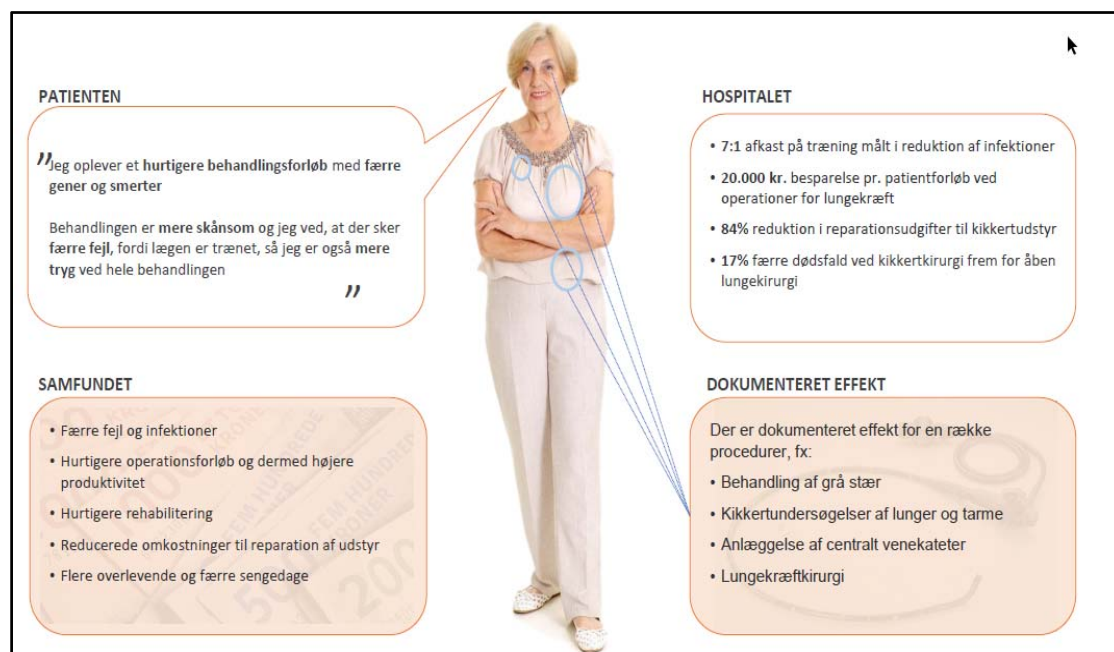
Dette er valgt, selvom akutafdelingen er en efterspurgt uddannelsesafdeling for KBU-læger (ansøger med KBU-nummer 1 er aktuel ansat i afdelingen), fordi akutafdelingen har fået introduktionslæger i akutmedicin og forbereder sig på HU-læger i samme speciale fra tidligt forår. Derfor har det været vigtigt at sikre, at den fornødne uddannelseskapalet forefindes.

2.6 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 patienterne. Målet er at forbedre patientsikkerheden, sikre individuel og teambaseret kompetenceudvikling samt bidrage til organisatorisk læring.

Simulation inddeles i teknisk simulation (træning af færdigheder og teknikker) og non-teknisk simulation (teamsamarbejde).

Studier på teknisk simulationstræning (central-vene-kateter, bronchoskopi og koloskopi) har vist effekt på patienttilfredshed, patientsikkerhed og positiv økonomi (7:1 afkast). Vi forventer en fremtidig satsning på dette område i relation til læring og kompetenceudvikling.



Figur 10 Effekt af teknisk simulation, udlånt af Charlotte Paltved.

På RH Horsens foregår en lang række simulationer, herunder teamtræning i håndtering af hjertestop, dårlig patient på OP, DKC og fødegangen, traumekald og medicinsk kald. Dette er drevet af uddannede simulatorinstruktører og flere autodidakte ildsjæle.

Som et nyt tiltag har vi organiseret et tværfagligt postgraduat simulationsudvalg bestående af Charlotte Hansen (sygeplejerske og daglig leder af SiC), to repræsentanter (en læge og en plejepersonale) fra hver klinisk afdeling, en repræsentant fra serviceafdelinger, kontaktperson fra MidtSim, Forskningschef og UKO.

2.7 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>
6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.

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>
6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	12 mdr.

Tabel 2 Sammensætning af ansættelser for forløb for HU-læger i Almen Medicin på RH Horsens.

Fokus er, at HU-lægerne i Almen Medicin får lov at arbejde med de områder, der har størst betydning for deres fremtidige virke og får set patienter i henhold til kvalifikationskort.

Akutafdelingen beskrev en nyopstået mulighed for at etablere et mellemvagtsslag. En udfordring var at sikre tilstrækkelig tid til abdominale patienter og skadestuepatienter. Denne del vil blive prioriteret.

Medicinsk afdeling beskrev, at afdelingen indenfor det sidst halve år har implementeret kontinuitet i stuegang, det har sikret bedre patientforløb og mulighed for bedre læring. Afdelingen har ni forskellige ambulatoriespor, det prioriteres at få erfaring med relevante spor frem for at nå hele vejen rundt.

Afdeling for kvindesygdomme og fødsler beskrev, at HU-lægen i almen medicin som noget nyt tilbydes en skemalagt dag med træning i vaginal ultralyd på AUH, Skejby.

Afdelingerne udtrykte et stort ønske om et mere stabilt antal HU-læger i Almen Medicin. PKL og uddannelseskoordinator for specialet fortalte, at RH Horsens kan ændre rækkefølgen af hospitalsophold. Kompetencerne, der skal opfyldes i de enkelte afdelinger, er ikke indbydes afhængige. Dette kræver selvfølgelig accept fra uddannelseslægen og involvering af VUS. Det har medført, at Laila Sørensen fra Lønkontoret hver 2. måned laver en opdateret liste med prognose for HU-læger i almen medicin, som UKO sender til de relevante afdelinger.

Mødet indeholdte også drøftelse om ensartet håndtering af deltidssygemelding samt overvejelser om meritgodkendelse.

2.8 UDDANNELSESLÆGER PÅ BIOKEMISK AFDELING

Per 1. august 2018 fik RH Horsens en HU-læge i klinisk biokemi. Det betyder, at RH Horsens nu har otte uddannelsesafdelinger. Afdelingen for Blodprøver og Biokemi fik i foråret ansat Else Marie Vestergaard som ledende overlæge, som har funktion som UAO.

2.9 TVÆRFAGLIG KURSUS OM LÆRING OG VEJLEDNING

Lederforum i Region Midt har besluttet, 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 stiles mod at afholde kurserne tre gange om året. De to første gange i efterår/vinter 2018.

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.

2.10 AMEE KONGRES

Berit Toftegaard, UKO og Inge Marie Møller, PKL/UAO deltog fra RH Horsens på AMEE kongres i Basel i Schweiz. Kongressen er den europæiske kongres for medicinsk uddannelse, som arrangeres af Association for Medical Education in Europe (AMEE). Den afholdes en gang årligt i august/september.

Nedenfor er medtaget highlights fra kongressen, suppleret med input fra efterfølgende PKL-UKO-VUS temadag.

2.10.1 Plenary om science fiction

Lægens konsultationsrum og processen er det samme som altid trods stor udvikling i verden omkring os. Vi er bundet af traditioner. Paradigmet, vi lever i, gør det svært at lave nytænkning. Bør man begynde at tænke anderledes? Teknologien er på vej ind: telemedicinske løsninger, digitalt beslutningsstøtte, personlig medicin m.v.

2.10.2 Plenary v. Bertrand Piccard

Piccard er psykiater og videnskabsmand. Han udfordrer antagelser, fx har han fløjet jorden rundt i luftballon og i et solar-fly uden fossilt brændstof. Piccard fandt løsninger på de ting, der udfordrede undervejs. For at lykkes var han nødt til at lade være med at begrænse sig af, at andre sagde, at det var umuligt. Han måtte kaste antagelser overbord. Gå med modstanden og undersøg, hvordan den opstod. Vejen frem ligger i modstanden.

2.10.3 Resilience

Resilience er evnen til at stå imod pres uden af blive skadet. Vi hører om flere og flere udbrændte læger, bl.a. i medierne. Hvordan kan vi hjælpe vores yngre læger til at blive mere *resiliente*? Resilience er afhængigt af individuelle faktorer, miljøet, organisationen m.v.

Vil man have folk til at trives, så er det nødvendigt, at vi kan være ærlige omkring de ting, der er svære/vanskelige. Vi skal turde være mennesker, selvom vi er fagpersoner.



Figur 11 Nøgleelementer i Resilience, AMEE kongres

2.10.4 Uncertainty – finite and infinite games.

Glenda Eoyan præsenterede figuren fra Humans Systems Dynamics Institute.



Figur 12 Finite and infinite games, Glenda Eoyan, AMEE kongres

Hvordan kan vi som læger og lærere forstå og analysere kompleksiteten i vores hverdag? Vigtig er erkendelsen af, at en stor del af lægearbejdet omhandler komplekse problemstillinger (wicked problems) som ikke har én løsning (finite game), men er komplekse og kontekstafhængige (infinite games) - og hvor næste træk beror på det bedst mulige skøn, fremfor én mulig løsning. På det organisatoriske plan er analysen af containers, differences and exchanges brugbar til at kategorisere problemerne som "finite" eller "infinite" games. Som strategi til at løse "infinite" problems foreslås Inquiry og Adaptive Action modellen: What, So what, Now what.



Figur 13 Adaptive action, Glenda Eoyan, AMEE kongres

Det, man kan forvente, er små forbedringer - ikke totale og vedvarende løsninger. Der skal hele tiden arbejdes ud fra "best next wise step".

2.10.5 Life Long Learning

Hvad gør, at nogle følger med, mens andre stagnerer? Det kunne se ud til, at eksterne faktorer kan spille en stor rolle.

- Motivationen for life-long learning hos psykiatere i Canada så desværre ud til at aftage ganske hurtigt efter, at psykiaterne var færdiguddannede og sad i en travl hverdag. Af de svar, der kom ind på spørgeskemaer, fremgik det tydeligt, at man oplevede at være så presset på tid i dagligdagen, at ambitionerne om at følge med i litteratur og på anden vis afgik ved en stille død.

- En norsk undersøgelse havde fulgt en kohorte af medicinstuderende med dimission 1993/94, der selvrapporterede på spørgeskemaer gennem en lang årrække. De fleste af de karakteristika, der blev selvrapporteret fra studentertiden kunne ikke vises at have sammenhæng med funktionen som læge senere i livet. Bedømt på et kort åremål så det ud til, at festaberne med *binge-drinking* i studentertiden klarede sig godt, mens studerende, der drak alkohol for at dulme, klarede sig signifikant dårligere. På langt sigt svandt signifikansen af *binge-drinking*, mens den negative korrelation til at drikke for at dulme holdt sig.

- I UK bruges læssevis at tests for at sortere folk både før og under studiet. På University of Aberdeen havde man undersøgt, om UK Clinical Aptitude Test før indledning af medicinstudiet kunne udsige noget om resultatet til kandidateksamen. Man fandt frem til, at prædiktive faktorer for et godt samlet studieresultat var en høj kognitiv test score, især vedrørende "verbal reasoning", kvindekøn, højere alder ved studiestart, højere socioøkonomisk status. Derimod klarede de studerende, der før universitetsstudiet havde betalt for at gå i skole, sig generelt dårligere.

2.10.6 Wisdom, kindness and curiosity

Graham Brown-Martin demonstrerede, hvordan han med sin utilpassede stil kunne skabe et kreativt rum. Han pegede på at nysgerrighed er essentiel for at lære og for at lære fra sig, at læring handler om at løse fremtidens problemer ikke fortidens. Opgaven er en evig cirkel af at lære, aflære og genlære.

Ian Curran var med sin stille og lidt underspillede engelske stil et godt eksempel på, at adfærd avler adfærd. Han talte om, at vi ikke blot skal fremme kompetencer men evner, for de sidste skaber refleksion frem for blot

reproduktion. Organisationer har ikke brug for medarbejdere, der reproducerer, men medarbejdere, der er kreative og udviser integritet.

"Kindness and curiosity is two important concepts in teaching" og "Wisdom comes from humility".

"Nobody cares how much you know until they know how much you cares".

2.10.7 Making Feedback Better: How can we innovate within a rigid professional culture? Panel: Anna Ryan (Australia), Chris Watling, Canada), Chris Harrison (UK), Kevin Eva (Canada)

Tilgangen til feedback kan variere i forskellige faggrupper (ballet versus læge). Formen er afhængig af kulturen. Den formative (udviklende) vurdering ikke altid kunne vurdere summative (endelig vurdering) kompetencer. Direkte observationer kan have fokus på en række emotionelle faktorer, men samtidig nedsætte effektiviteten. Samtidig kan summative vurderinger være mindre velegnede til at kommentere på fejl.

Og hvad er det så med balletten? Jo, her er ingen feedback tegn på, at man har gjort det rigtig dårligt. Det skal overføres til, at yngre læger har brug for feedback for at få mestringsoplevelser. Vi ved, at de oplever, at de får mindre feedback end vejlederne i speciallægeuddannelsen mener, at de giver feedback.

Der opstår en ubalance og et ubehag mellem assessment og feedback - hvornår er det assessment og hvornår feedback? Observation kan blive oplevet som assessment og ikke som supervision og feedback.

Autonomi og selvstændighed som er nødvendig for at tage ansvar i svære situationer kan forårsage modstand i modtagelse af feedback. Derfor er det vigtigt at have en feedback samtale i stedet for en monolog, som har form af assessment.

3.0 TILBAGEMELDING FRA AFDELINGERNE

3.1 AKUTAFDELINGEN

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at afdelingens primære styrke er en engageret, ung og innovativ speciallægegruppe, som har fokus på at sikre en feedbackkultur, og som ved, at de hele tiden selv kan blive bedre.

Afdelingen har gennem 1,5 år haft systematisk kompetencevurdering ved at en specifik dagfunktion (Akut2) får supervision og feedback af fleks-lægen på basis af KV-skema. Alle uddannelseslæger drøftes på hovedvejledermøde, og der gives specifik feedback fra hovedvejleder til uddannelseslæge efterfølgende. Arbejdsformen er baseret på supervision og feedback. Fordeling af patienter mellem læger sker så vidt muligt ud fra hensynstagen til uddannelseslægens kompetencer og behov for træning/udvikling.

Herunder fokus på, at både HU-læger i Geriatri og Almen Medicin skal have erfaring med kirurgi og ortopædkirurgi.

Svagheder: Afdelingen har et stort flow af uddannelseslæger, hvorfor indsatser regelmæssigt skal gen-implementeres. Det er en spændende udfordring hele tiden at sikre, at den enkelte uddannelseslæge får tilpasset supervision og feedback efter dennes behov. Uddannelsesteamet er ved at færdiggøre uddannelsesprogrammet for HU-læger i akutmedicin, det betyder, at der vil ske en glidning af opgaver mellem forskellige typer af uddannelseslæger.

Siden sidst:

Siden sidste årsmøde har afdelingen indført invers feedback, som går ud på, at uddannelseslægerne hver 3. måned drøfter speciallægenes evne til at supervisere og give feedback. Herefter indkaldes speciallægerne enkelvis til samtale, hvor to uddannelseslæger først nævner to områder, hvor speciallægen gør det godt og et område, hvor speciallægen kan udvikle sig. Samtidig følges op på, hvordan speciallægen har arbejdet med den feedback han/hun fik forrige gang. Ugeskrift for læger har skrevet herom, se nedenfor.



Figur 14 Uddrag fra artikel i Ugeskrift for Læger

Afdelingen har fokus på træning af lægerollen som organisator og leder. KBU-læger har en funktion *kvalitetslæge*, som rummer arbejde af administrativ karakter og dækning af et svar-ambulatorium med træning af telekommunikation. Ligeledes er der fokus på, at uddannelseslæger involveres i arbejdet med forandringsledelse og udfærdigelse af instrukser.

Uddannelseslægerne får to gange om året tilbudt træning i brug af UL, herunder oplæring i anlæggelse af vaskulær adgang (PVK/A-gas) samt introduktion til fokuseret hjerte- og lungescanning og scanning for fri væske i abdomen. Senere samme eftermiddag har afdelingen afholdt tre-timers møder.



Figur 15 Nyhed fra Intranettet

3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at deres afdeling har en god uddannelseskultur. Alle beder om hjælp ved behov. Speciallægerne er engageret i opgaven med at levere god uddannelse.

Svagheder: Afdelingen er bagud med at få sendt speciallæger på vejlederkursus. Afdelingen er som flere andre presset af besparelser, derfor skal uddannelse tænkes ind i driften på anden vis.

Siden sidst: Uddannelsesteamet har implementeret *Pandoras dåse*: en kagedåse med spørgsmål, der undrer. Et spørgsmål trækkes op af dåsen, når konferencen giver tid. Ligeledes har uddannelsesteamet implementeret "case fra vagten" som fast programpunkt på morgenkonferencen.

Introduktionsperioden for introlæger blev efter sommerferien reduceret fra 3 måneder til 2 måneder. Samtidigt blev indholdet af introduktionsperioden ændret som følge af ændrede ønsker og krav til introlægerne. Der er nu et fast program fordelt på 2 uger på DKC, 3 uger på COP og 3 uger på intensiv. Fokus - specielt på COP- har været på at tilegne sig praktiske færdigheder og procedurer og dermed være bedre klædt på til vagt, når introperioden er slut. Efter evalueringer fra de første introlæger, som har gennemgået den nye introduktionsperiode ser det ud til, at opgaven er lykkedes.

Der har været meget fokus på introduktionsuddannelsen i det forløbne år og derfor blev det besluttet på årsmødet at fokus nu skal være på at give HULægerne et bedre udbytte af deres sidste år. Det vil afdelingens UAO, UKYL og LO arbejde videre med resten af året og ind i 2019.

Der arbejdes på at optimere transfer fra kursus til praksis ved at skabe gennemsigtighed i, hvad og hvornår uddannelseslægerne er afsted. Det skaber en mulighed for at tilrettelægge arbejdsplanen herefter.

Der er etableret et bibliotek for undervisningsemner på fællesdrevet, hvor PP-præsentationer gemmes. For at støtte lægernes evne for formidling er programmet for undervisning suppleret med navn på en feedback-givende læge. Samtidigt er der lavet en skabelon for specifik feedback på undervisning.

Der er udvalgt cirka 10 emner, som de uddannelsessøgende læge skal have formaliseret undervisning i, heriblandt brug af ultralyd og blok-analgesi.

3.3 RØNTGEN OG SCANNING

Styrker: Afdelingen har stor fokus på uddannelse og feedback. Det er en styrke, at afdelingen er lille både i fysiske rammer og i antallet af læger, det gør det let at gå til hinanden.

Svagheder: Det kan være vanskeligere at italesætte væsentlige udviklingsområder for den individuelle læge indenfor de syv lægeroller, fordi afdelingen er lille og familiær.

Siden sidst: Der er fortsat et godt uddannelsesmiljø baseret på et tæt samarbejde lægerne og de øvrige faggrupper imellem. Det kan nævnes, at der er masser af ansøgere til I-stillingerne, og flere uopfordrede henvendelser til LO. Antallet af I-stillinger er valgt til 3, da der skal være plads og overskud til ordentlig supervision og undervisning. Pr. 1.10 har afdelingen fået ny UAO og ny UKYL, som forsøger at løfte opgaven med uddannelse på afdelingen efter deres forgængere.

De uddannelsessøgende får ved ansættelsesstart udleveret et sæt bøger, der bliver lagt detaljeret læseplan, og pensum bliver gennemgået hver mandag, med en af uddannelseslægerne som "underviser" og en speciallæge som supervisor. Herudover er der fælles undervisning for alle læger på afdelingen hver onsdag, hvor ordet er frit. Her sættes en læge, enten speciallæge eller uddannelseslæge på til at lave en undervisningsseance i et selvvalgt emne. De uddannelsessøgende deltager herudover i undervisning af medicinstuderende, KBUer på afdelingen og lægerne i akutafdelingen. Hver uddannelseslæge har hver dag en specifik funktion med mulighed for supervision fra en speciallæge, alt efter uddannelseslægens niveau. Vores H-læge deltager desuden i vagtlaget. Alle beskrivelser af CT-skanninger bliver dagen efter gennemgået og godkendt af speciallæge. Pr. 1.9 overtog Røntgen og Skanning den Fælles Beskriverenhed, hvilket medfører at speciallægerne (og vores H-læge) igen har nattevagter og således fri i dagtid på selve dagen for vagten og dagen efter. Dette betyder, at den enkelte speciallæge er mindre tid på afdelingen i dagtid. Til gengæld er der ansat flere læger, hvilket gør, at der ikke mangler læger til supervision i dagtid. Alle uddannelseslæger deltager i senvagter til kl. 18 sammen med den vagthavende speciallæge for at lade dem prøve kræfter med det akutte arbejde. I radiologisk videreuddannelsesråd arbejdes der på at udfærdige nyt uddannelsesprogram for H-lægerne. Det indebærer ændringer i opbygningen af

deres forløb, så de i fremtiden får 1,5 år i stedet for 1 år på regionshospitalerne. Dermed sker der ændringer i hvornår og hvilke kompetencer, der skal opnås. Uddannelseslægerne har afholdt 3-timers møde i september måned med en masse gode tanker og ideer. Meldingen fra uddannelseslægerne var, at de generelt er rigtig glade for at være på afdelingen. Der blev dog lavet nogle rigtig fine referater med gode ideer. Flere af disse er allerede taget op på afdelingen. Fx får de uddannelsessøgende væsentligt mere feedback på små rettelser, som speciallægerne før blot lod passere. Der er oprettet et intro-lægeprogram i ultralyd med "lette" patienter, og dobbelt tid sat af til undersøgelsen.

3.4 KIRURGISK AFDELING

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at deres styrke baserer sig på, at speciallægerne i afdelingen repræsenterer et ungt team med stor velvilje til at lære fra sig. Patientmassen byder på meget uddannelsesrelevant arbejde. Der er mange relevante operationer, hvilket også ses af det store volumen af operationer hver uddannelsessøgende opnår på deres operationslister. Ved enkelte operative kompetencer formås "blok" undervisning. Der arbejdes for at implementere "blok" oplæringen til flere operative kompetencer. Uddannelsen af andre læger (uddannelseslæger fra andre afdelinger) samt studerende er stigende. Det ses som noget positivt, da der herved frigøres hænder til uddannelse/supervision af afdelingens egne læger. Der er kommet to nye afdelingslæger det sidste år, og det ser ud til at flere af HU-lægerne, der har haft deres uddannelsestid har et ønske om at komme tilbage som speciallæge. Afdelingen har været ved at gennemgå et generationsskifte de senere år. Det er både en svaghed, men kan bestemt også vendes til en styrke for afdelingen, såfremt man formår at gøre speciallægerne "modne" til at kunne overtage opgaverne.

Svagheder: Svært at måle uddannelse og fornemme, at indsatser skaber forbedringer. Stort patientpres kan fjerne fokus på planlagte uddannelseselementer. Afdelingen mangler en speciallæge, som kan forebygge, at ikke planlagte hændelser, som sygdom, kurser og fridage, medfører mindre uddannelse.

Alle uddannelsessøgende opnår kompetencemålene, men for introduktionsstillinger samt de yngste HU-læger er det sent i deres forløb, at målene opnås. Der arbejdes for at forbedre dette. Oplæring, supervision og feedback foregår kontinuerligt, men formalia (Mini-cex) er ikke altid udfyldt i

tilstrækkelig grad/mængde. Det er specielt manglende Mini-cex i ambulatorierne og til stuegang. Der er iværksat flere tiltag for at imødekomme de manglende skemaer.

Siden sidst:

Der er lavet ny tavle-skabelon i konferencerummet, som viser uddannelseslægerens udvikling i kompetencer. Tavlen skal være vejledende for at definere, hvornår uddannelseslæger kan få *kørekort* til specifikke operationer. Afdelingen arbejder med nyt uddannelsesprogram for KBU-læger, som de modtager fra starten af 2019. Afdelingen har formaliseret aftale omkring oplæring af uddannelseslæger fra AUH i operative færdigheder indenfor galde- og herniekirurgi. Flere ideer/tiltag fra 3-timersmødet er præsenteret for UAO og LO. Ideerne er herefter drøftet til overlægsmøde, og der er planlagt implementering af flere tiltag. Et af tiltagene er skemalægning i ambulatoriet og til stuegang mhp. supervision/Mini-cex. 2 gange ugentligt.

3.5 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME OG FØDSLER

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at deres styrke er deres læringsmiljø baseret på gode folk i afdelingen. Der er gode rammer og struktur. God implementering af kompetence-træning ved teknisk simulation og regelmæssig teamtræning.

Svagheder: Afdelingen er lille, hvad angår antal læger, det skaber en sårbarhed ved sygdom eller andet fravær. Det kan betyde mindre rum for uddannelse disse dage, herunder udfordringer i prioritering af tid til vejledningssamtaler mm., hvad der til gengæld skabes opmærksomhed omkring.

Siden sidst:

Det sidste år har afdelingen arbejdet med at få en bedre struktur på morgenkonferencen. Fra årsskiftet er således aftalt at benytte nedenstående skema til at stramme op om udbyttet og sikre optimal udnyttelse af læringspotentialerne.

DAGSORDEN MORGENKONFERENCE

KVINDEAFDELINGEN

Konferencen planlægges og ledes af afgangende Vagthold, der mødes kl. 7.50 og prioriterer indhold til vagtoverleveringen samt laver vagt-"debriefing". Vagtskema og COP-DKC program åbnes.

1. Godmorgen og evt. sygemeldinger

2. Vagtoverlevering

Fokus på læringspotentiale og overlevering til vagthold. Gerne fremvisning af billeddiagnostik/CTG/biokemi.

3. Uddannelse

Se COP-DKC programmet for evt. mulighed for at omorganisere operatør-assistent og planlægge OSATS/OSALS.

Buffer og forvagt fokus på evt. kompetencevurderingsværktøjer/case-gennemgange.

4. Stud. med.

Hvem skal gå med hvem & dagens undervisning.

5. Evt.

Opfølgning på sygemelding i hht. planlægning af dagsprogram.

6. Undervisning

-Mandag + onsdag + fredag 10 min

-Tirsdag + torsdag 45 min

7. God dag!

Figur 16 Skabelon for morgenkonference, Afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler

Et andet tema er transfer. Der er lavet et tilrettet eksemplar af regionens kompetenceskema som bruges til ansøgning om fri til kurser og møder. Efter møder/kurser forventes det at man videreformidler i afdelingen.

Afdelingen har indført et nyt rulleskema for at sikre, at arbejdstilrettelæggelsen understøtter både driften og uddannelsen. Det er forventningen, at dette øgede fokus på, hvilke uddannelsesmæssige behov de enkelte stillingstyper har, kan øge kompetenceudviklingen for den enkelte læge.

Der er lavet nyt uddannelsesprogram for I-lægerne, hvori der er medtaget et forslag til en generel uddannelsesplan, som kan bruges som skabelon for yngre læger og hovedvejleder, når de laver den individuelle uddannelsesplan.

Der er blevet lavet en ny generel uddannelsesplan for AP lægerne. Det er håbet, at vi med god planlægning kan sikre at vores AP læger kommer ud af afdelingen med en god ballast til arbejdet i almen praksis.

3.6 MEDICINSK AFDELING

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at deres primære styrke er, at de er gode til at organisere. Det viser sig ved arbejdstilrettelæggelse med fokus på uddannelsesbehov, konferencer og forstuegang med fokus på, at mange uddannelseslæger skal følge sig klædt på til at løfte opgaven ved patienten og kontinuitet i stuegang med fokus på specifik oplæring i kompetencer. Afdelingen byder på bred intern medicin og dækker mange forskellige ambulatoriespor.

Svagheder: Mange forskellige hoveduddannelsesblokke, hvordan sikres, at alle prioriteres. Hvordan undgås, at speciallæger prioriterer de uddannelseslæger, der er på vej i deres eget speciale? Afdelingen er stor, hvorfor en god introduktion er altafgørende for nye læger.

Siden sidst: I efteråret 2017 har afdelingen implementeret kontinuitet i stuegang. Det har vist sig at have stor impact på uddannelseslægernes læring af stuegangsfunktionen (se vedhæftede artikel). Det er hensigten, at speciallægen i starten af ugen skal hjælpe uddannelseslægerne med at sætte ord på, hvilke kompetencer eller procedurer, de i særlig grad ønsker at træne i ugens løb. Deres patienter kan så udvælges med fokus på uddannelse. Debriefing i slutningen af ugen var tænkt ind som et fast element. Der er fortsat forbedringspotentiale på begge områder.

Uddannelseslægerne er tilknyttet en af tre blokke og skifter hver 3.-4. måned, dette inkluderer stuegang og ambulatoriefunktion. Afdelingen bruger mange ressourcer på at optimere skemaplanlægningen for at sikre dels optimal udnyttelse af ressourcer og optimal uddannelse. Der tages hensyn til særlige ønsker om kompetencetræning for at imødekomme uddannelseslægernes særinteresser.

Patienten ser den samme læge hver dag til stuegang

18.03.2018



Læge Mette Nygaard Christensen (i midten) og sygeplejerske Mia Andersen (til højre)

Stuegang på patientens præmisser: Speciallægerne går nu stuegang i en uge ad gangen på de medicinske sengeafsnit på Regionshospitalet Horsens. Det skaber bl.a. bedre patientforløb og tidligere udskrivelser.

Hvor de medicinske speciallæger tidligere gik stuegang på skift, så går den samme speciallæge nu stuegang i mindst fem hverdage i træk.

Dermed oplever mange flere patienter at kunne genkende den læge, som kommer ind ad døren for at gøre status på behandlingsforløb og eventuelt gøre klar til udskrivelse. Og det gør patienterne trygge.

- Med den nye struktur får vi skabt langt bedre sammenhæng i det enkelte patientforløb, siger ledende overlæge Thomas Hahn, Medicinsk Afdeling.

- Når den samme læge er med i hele indlæggelsesforløbet, så kan patient og personale bygge videre på den dialog, de har om patientens behandlingsplan fra dag ét. Tidligere skulle de begynde forfra hver eneste dag, og mange patienter følte, de skulle svare på de samme spørgsmål flere gange, siger Thomas Hahn.

Tidligere udskrivelser

Kortere liggetid og tidligere udskrivelser er andet resultat af den nye stuegangsstruktur, som Medicinsk Afdeling indførte i efteråret.

Hospitalets medicinske sengeafsnit 2 er f.eks. lykkedes med at udskrive godt 30 % af patienterne indlagt i mere end 48 timer før kl. 12 på dagen. Det er betydeligt flere end tidligere.

- Når jeg ser patienterne dag for dag, så kan jeg bedre vurdere, hvornår patienten er i bedring. Det gør det nemmere at planlægge frem i tiden og få forberedt den gode udskrivelse. Jeg sørger f.eks. for at få forberedt epikrisen og afstemt medicinliste dagen i forvejen, hvis jeg ved, at patienten kan komme hjem næste formiddag, siger overlæge Anne Lene Riis.

Hun fremhæver, at den nye struktur også er med til at skabe holdånd blandt personalet, fordi det samme team af speciallæger, reservelæger og sygeplejersker nu bruger mere tid sammen, hvor de kan koordinere opgaverne.

Bedre sammenhæng og læring

Baggrunden for den nye stuegangsform var – udover forbedring af patientforløbene – også et ønske fra sygeplejerskerne og de yngre læger om bedre sammenhæng og mere læring.

De yngre læger går nu derfor også stuegang en helt uge ad gangen i et team med den samme speciallæge. Det giver de yngre læger et større uddannelsesmæssigt udbytte.

- Vi kan bedre rådgive og vejlede de yngre læger, når vi har stuegangen sammen flere dage i træk. De yngre læger kommer også til at kende patienterne bedre, de får mere sparring med de erfarne kolleger og kan dermed bidrage mere effektivt under stuegangen, siger Anne Lene Riis.

- Vi kan nu begynde ugen med at sætte læringsmål og samle op på målene sidst på ugen. Det giver de yngre læger et anderledes sammenhængende læringsforløb, siger Anne Lene Riis.

Medicinsk Afdeling evaluerer løbende den nye stuegangsform med henblik på yderligere optimering. Bl.a. vil afdelingen undersøge, om en ugentlig status over stuegangsfunktionen kan bidrage til yderligere udvikling af konceptet.

Figur 17 Nyhed fra intranettet

Der arbejdes systematisk med lægerollen "Professionel". Alle nyansatte og udvalgte kulturbærere i afsnittene deltager i tværfaglige temadage: "Professionel adfærd i Medicinsk Afdeling" ved Birgit Daugård. Her deltager afdelingsledelsen og giver via interviews deres bud på god professionel adfærd.

Deltagerne arbejder ud fra hospitalets strategi om "Dialog som professionelt værktøj". Der arbejdes med god professionel adfærd i forhold til patienter, pårørende, kolleger i eget og i andre afsnit. Der arbejdes interaktivt med dialog, 3-meters regel i forhold til kommunikation, hvad gør vi, når der sker fejl? Der trænes kommunikation (ISBAR), feedback og professionel adfærd i det tværfaglige samarbejde. Deltagerne bidrager også med "undringer", som går til afdelingsledelsen. Temadagene evalueres godt og sætter fokus på arbejdet med professionel adfærd i yngre lægers uddannelse.

3.7 ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING

Styrker: Uddannelsesteam og ledende overlæge vurderer, at deres særlige styrke er en god uddannelseskultur. Uddannelse er samkørt med driften og prioriteres højt. Der er høj faglighed. Uddannelseslægerne udviser stor interesse for at opnå deres kompetencer, og bidrager godt til løsning af afdelingens opgaver.

Svagheder: Lille organisation, sårbare ved sygemeldinger. Speciallæger mangler at komme på vejlederkursus.

Siden sidst: Afdelingen fik i februar 2018 en flot evaluering af Sundhedsstyrelsens inspektorer.

Som forberedelse til besøget har afdelingen indført månedlige speciallægemøder, hvor de drøfter uddannelseslægerne og sikrer feedback. Jf. inspektorrapporten har afdelingen forpligtet sig på at øge brug af kompetencevurdering. Der arbejdes med systematisk kompetencevurdering af både bløde lægeroller og håndtering af procedurer.

Horsens i top med uddannelse af ortopædkirurger

26.03.2018



Ortopædkirurgi på Regionshospitalet Horsens er netop blevet evalueret af Sundhedsstyrelsen i forhold til uddannelsen af yngre læger. Afdelingen scorer højest på landsplan.

Sundhedsstyrelsens uddannelsesinspektorer kommer løbende rundt på landets hospitaler og tjekker op på, hvordan afdelingerne håndterer de yngre lægers uddannelse.

Ortopædkirurgi på Regionshospitalet Horsens har netop haft besøg og ligger aktuelt som landets topscorer inden for ortopædkirurgi med 61 ud af 64 mulige points. Det er en målopfyldelse på intet mindre end 96 %.

- Vi har de senere år arbejdet målrettet på at gøre for holdene for de yngre uddannelseslæger endnu bedre, og det afspejler sig nu i inspektorvurderingen, siger uddannelsesansvarlig overlæge Ole Kristensen.

- Vi har bl.a. fået indarbejdet mere systematik i vores håndtering af de yngre lægers uddannelse, og vi prioriterer et godt læringsmiljø meget højt med løbende supervision og feedback. Det betyder i sidste ende, at vi får uddannet nogle rigtig dygtige speciallæger, forklarer Ole Kristensen.

Afdelingen har bl.a. indført 'professorambulatoriet', hvor de yngre læger følger en erfaren læge inden for samme speciale. Efter noget tid tager de uddannelsessøgende læger selv over, mens den erfarne læge står på sidelinjen og superviserer. Det giver intensiv læring på forholdsvis kort tid.

Figur 18 Nyhed fra Intranettet

3.8 BIOKEMISK AFDELING

Styrker: Ledende overlæge vurderer, at der er stor lyst og vilje i afdelingen til uddannelse.

Svagheder: Afdelingen er lille med kun en speciallæge ansat.

4.0 ÅRSMØDER I LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE

Da tidsrammen for årsrapporten gaber over to afholdte årsmøder præsenteres her oplæg fra både 2017 og 2018.



Figur 19 Deltagere på Årsmødet for Lægelig Videreuddannelse RH Horsens 11. oktober 2018.
Foto: Mette Vestergaard, Kommunikationschef.

4.1 ÅRSMØDE 2017

Årsmøde 2017	
Lægelig Videreuddannelse på Hospitalsenheden Horsens	
Torsdag d. 12. oktober på Sabro Kro	
Program for dagen:	
09.00-09.15	Morgenmad, Velkomst og præsentation <i>Berit Toftegaard, HEH</i>
09.15-10.00	Transfer fra kursus til praksis <i>Berit Toftegaard, HEH</i>
10.00-11.00	Hvordan kan vi optimere transfer? <i>Inge Marie Møller-Skuldbøl, HEH</i>
11.00-11.15	Pause
11.15-12.00	Optimal udbytte af en 360 gr. evaluering <i>Christina Højllund, People Partner og Anne Mette Skjædt-Jensen, HEH</i>
12.00-13.00	Frokost
13.00-14.00	UKYL-møde og senior-møde <i>Christian Melchior Ølesen, HEH og Berit Toftegaard, HEH</i>
14.00-14.30	Walk and talk
14.30-14.45	Kaffe, kage og frugt
14.45-15.15	Tilbagemeldinger fra gruppemøder
15.15-16.00	Læringsmuligheder i driften <i>Susanne Scheppan, AUH</i>
16.00-17.00	Hvordan kan vi optimere læring i driften? <i>Susanne Scheppan, AUH</i>
17.00-17.15	Pause
17.15-18.15	Fokusområder for 2017/2018 <i>Berit Toftegaard, HEH</i>
18.15-19.00	Opsamling på dagen <i>Berit Toftegaard, HEH</i>
19.00-21.00	Middag

Figur 20 Program for Årsmødet for Lægelig Videreuddannelse 2017

4.1.1 Transfer fra kursus til praksis v. Berit Toftegaard

Oplægget tog udgangspunkt i en kort drøftelse af, hvad de 7 lægeroller indebærer. Deltagerne var enige om, at alle har et fælles ansvar for patienterne i huset. Professionalisme er ikke kun udadtil i mødet med patienter/pårørende, inter-professionalisme er mindst ligeså vigtigt.

Kursusdeltagelse giver motivation for den enkelte læge og bidraget til networking. Spørgsmålet er, om det lærte også bruges efterfølgende i afdelingen, og dermed bliver en fordel for patienterne. Forskning viser, at 85 % af voksen efteruddannelse er spildt. Transfer kan styrkes ved, at forberedelse prioriteres og ved, at efterforløbet er planlagt, så det sikres, at det lærte bliver sat

i anvendelse. Faktorer på arbejdsstedet (praksis) har størst betydning for anvendelsesværdien af efteruddannelse, derefter kommer personlige faktorer og til sidst selve undervisningskonteksten. Ledelsen og uddannelsesteams kan påvirke faktorerne i praksis ved at sikre systematisk opfølgning, et understøttende uddannelsesmiljø og at arbejdstilrettelæggelsen inkluderer træning af det lærte.

Til arbejdet med styrkelse af transfer kan nedenstående læringsskema fra *det gode læringsforløb* fra hjemmesiden for Region Midt anvendes.

Læringsskema – udfyldes og drøftes med din leder forud for kurset. (Hvad forventer jeg, at min arbejdsplads får ud af min udvikling/uddannelse/kursus?)			
Navn: _____ Aftalt kompetenceudvikling: Kursus i Læring og Vejledning Dato: 4 og 31/10 2018			
Hvad vil jeg have ud af at deltage?	Hvordan vil jeg bruge den nye læring i mit arbejde?	Hvilke resultater opnår jeg?	Hvordan vil mine resultater passe med afdelingens mål?
Hvilke færdigheder, viden eller holdninger vil jeg fokusere på at få med hjem? - hvad har jeg brug for at lære?	Hvad vil/kan/skal jeg gøre anderledes efter kurset? - og i hvilke situationer?	Hvad opnår jeg ved at bruge den nye læring i praksis? Hvordan kan man se, at resultaterne er nået?	Hvilke overordnede mål på arbejdspladsen fremmer jeg ved at bruge min nye læring? 1
Hvad kan forhindre mig i at få effekt?: Hvordan kan jeg tackle forhindringer?: Hvad skal jeg have hjælp til?:			
			Dato for opfølgningssamtale:

Figur 21 Læringsskema fra *det gode læringsforløb* fra hjemmesiden for Region Midt

Her er der fokus på deltagerens personlige kompetencer, forventet udbytte og udnyttelse i praksis.

Til sidst drøftes forandringshjulet af Susan Michie. *Capability*, *opportunity* og *motivation* er betydende elementer i forhold til at flytte *det lærte* fra kursus til praksis. Samt at læger kan have forskellige tilgange til læring og have forskellige behov for at blive understøttet.

4.1.2 Workshop vedrørende transfer v. Inge Marie Møller-Skuldbøl

De enkelte uddannelsesteams og ledende overlæger arbejdede med, hvordan de kan optimere før- og efter-fasen af et kursusforløb.

Der blev udarbejdet placher, som blev fremlagt sidst på dagen til inspiration for de øvrige deltagere.

Bjarne Wahlgren har 9 gode bud (Kilde: Transfer mellem uddannelse og arbejde)

01 Det er helt afgørende for transfer, at den lærende har et behov for at lære det, der bliver undervist i, og kan se nytten af det, der læres, i forhold til arbejdssituationen. Hvis den lærende indgår aktivt i valget af undervisningsindhold i forhold til det oplevede behov, øges transfer.

02 Hvis den lærende har en klar målsætning i forhold til anvendelsen, og hvis den lærende har eller oparbejder selfefficacy, øges transfer. Målsætningen skal være ambitiøs, men realistisk, og i læringsprocessen skal den lærende opleve progression i forhold til målet med undervisningen.

03 Som en konsekvens heraf skal undervisningen tilrettelægges på en sådan måde, at elementer fra arbejdspladsen inkluderes. Behandlingen skal ske med henblik på, hvad det lærte kan anvendes til i den konkrete sammenhæng.

04 Jo flere eksempler og jo mere varieret eksemplerne bliver anvendt i forhold til anvendelsessituationer, jo mere transfer – både nær- og fjern-transfer.

05 Transfertræning i undervisning er mere effektiv end transfertræning efter undervisningen. Effekten af transfertræning ser ud til at afhænge af anvendelsessituationen. Der skal opleves et behov for transfertræning, hvis træningen skal fremme transfer.

06 Underviseren er en vigtig faktor. Tillid til underviser og mulighed for at drøfte anvendelse med underviser øger transfer.

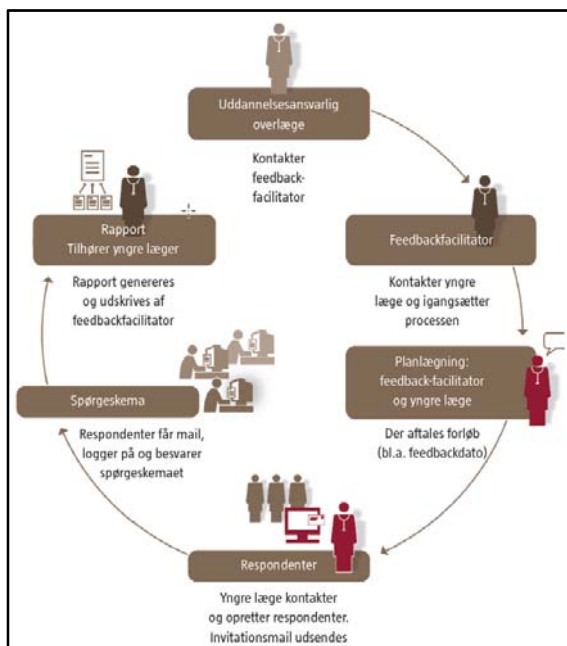
07 En forudsætning for transfer er, at arbejdet er tilrettelagt på en sådan måde, at det muliggør transfer. Hvis arbejdet tilrettelægges på en sådan måde, at det fremprovokerer transfer, øges den.

08 En væsentlig faktor er de sociale relationer på arbejdspladsen. Støtte fra kolleger – især kolleger i samme (uddannelses-) situation – fremmer transfer. Støtte fra ledelsen – gerne i form af belønning – fremmer transfer.

09 Posttræningsprogrammer, for eksempel i form af løbende (tvungen, skriftlig) refleksion over læring og anvendelse, fremmer transfer.

4.1.3 Optimalt udbytte af en 360 graders evaluering v. Christina Hjælland

Alle kan hjælpe til med at få et større udbytte af 360° feedback. Et skridt er, at de generelle spørgsmål i metoden omdannes til praksis – altså det, der giver mening lokalt. 360° feedbacksamtalen er det sted, hvor der kan tales om grundlæggende kompetencer og eventuelt om strategier. Dette er der sjældent tid til i en travl hverdag. Det er vigtigt, at uddannelseslægen kan få sat ord på dét, som er svært, og ikke mindst, at der bliver taget hånd om det efterfølgende.



Figur 22 Illustration fra artiklen "Valideret model for 360 °s feedback i den lægelige videreuddannelse er gennemførlig og acceptabel" af Gitte Valsted Eriksen og Bente Malling

360° metoden bidrager med en ramme for fordybelse og refleksion, legitimitet (beskyttelse af integritet) og struktur for samtalen i form af en fælles platform. Det er dog centralt, at strukturen ikke bliver det styrende for samtalen, men blot støtter op omkring den.

Når det handler om at øge udbyttet af 360° feedbacksamtalen, er transfer også vigtigt. Det handler om, at uddannelseslægen tager den nye viden, som opnås under samtalen med i afdelingen efterfølgende og arbejder konkret på at forbedre sig på de identificerede udviklingsområder.

For at lykkes kræver det støtte fra andre interessenter, herunder vejleder.

Christina Hjøllund fortæller, at hun ofte oplever, at der er alt for meget fokus på kompetencen medicinsk ekspert fremfor de øvrige lægeroller.

Alle har et ansvar for at tale 360° feedbacksamtalen op som noget positivt og brugbart for den enkelte. Christina har forskellige forslag til, hvordan det konkret kan gøres, fx gennem oplæg om udbytte eller et praksisfællesskab for facilitatorer med læring på tværs.

Christina Hjøllund nævner, at det er vigtigt, at lægen tager stilling til, hvilke respondenter der inviteres til at give feedback. Det er ikke hensigtsmæssigt for nogle, hvis der udsendes til for mange. Forslaget går på maks. 12 respondenter.

Det er desuden vigtigt, at der vises påskønnelse af de kollegaer, som har deltaget. Grundfundamentet for en god uddannelse og et godt udbytte af 360° feedbacksamtalen er tryghed og tillid.

4.1.4 Gruppedrøftelse af 360 graders evaluering v. Anne Mette Skjødt-Jensen.

Kort gruppedrøftelse af, hvordan det sikres, at der udarbejdes en handleplan, og at den integreres i uddannelsesplanen?

Det drøftes helt overordnet, hvorvidt afdelingerne er gode nok til at benytte handleplaner og udnytte den viden, som opnås gennem 360° feedbacksamtalen.

Der skal være øget fokus på brugen af handleplaner – også dem, som uddannelseslægerne har med fra tidligere.



Vi skal blive bedre til at efterspørge dem. Handleplanerne skal ses som en del af en udviklingsproces med løbende opfølgning. Handleplanerne skal være konkrete og klinisknære. Opstilling af klare mål kan hjælpe til dette.

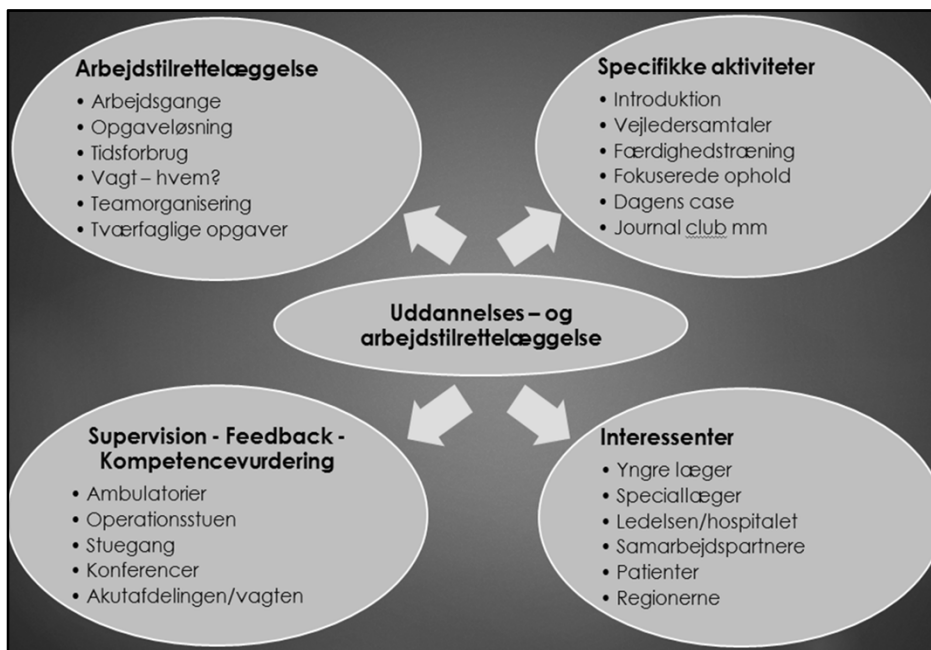
Uddannelsesteamet i Afdelingen for Bedøvelse, Operation og intensiv foreslår, at handleplanen eksempelvis kan uploades i RMUK. På den måde er den gemt et sted, hvor uddannelseslægen har mulighed for at komme til den efterfølgende.

Figur 23 Illustration fra artiklen "Valideret model for 360 °s feedback i den lægelige videreuddannelse er gennemførlig og acceptabel" af Gitte Valsted Eriksen og Bente Malling

4.1.5 Læringsmuligheder i driften v. Susanne Scheppan

Hovedbudskabet er, at langt det meste og vigtigste læring foregår på arbejdspladsen i forbindelse med udførelsen af det daglige arbejde. Det er her, man kan bruge sine erhvervede kompetencer/færdigheder og opnå erfaring.

Det er også på arbejdspladsen, at der er udfordringer for læring. Der er kortere tid til oplæring, hvilket blandt andet skyldes effektiviseringer og specialiseringer. Svar på faglige spørgsmål leveres hurtigere, og den yngre læge bliver ikke længere spurgt på måder, der fordrer selvstændigt refleksion. Det er vigtigt, at der fra vejleder og kollegaers side investeres mere tid i den yngre læges egen refleksion.



Figur 24 Krydspunkter udlånt af Susanne Scheppan

For at maksimere læringsudbyttet i driften, er det vigtigt at fokusere på krydspunkter for læring. Der er mange mestre i de enkelte afdelinger – og derfor også mulighed for mange læringssituationer (krydspunkterne).

Mødedeltagerne drøfter krydspunkter i egne afdelinger. Drøftelserne illustrerer – som ventet – at der er mange forskellige læringssituationer, som man blot skal have øjnene op for.

Det er vigtigt med et trygt arbejds- og læringsmiljø.

4.1.6. Hvordan kan vi optimere læring i driften v. Susanne Scheppan

Mødedeltagerne opdeles i grupper på tværs af funktion og afdelinger. Hver gruppe tildeles ét krydspunkt for læring, som drøftelserne skal tage udgangspunkt i. Efter 30 minutters gruppearbejde fremlægger grupperne deres arbejde, evt. ved hjælp af udarbejdede plancher.

Gruppe 1: konferencer/vagtoverlevering

- Kultur – herunder at der fokuseres på læring, også i disse situationer.
- Vagtholdet kan mødes forud for konferencen og aftale, hvad der fremlægges i et læringsperspektiv.
- Det drøftes kort, at konferencer ofte er pressede, og at det måske derfor ikke er det mest hensigtsmæssige tidspunkt for læring. For at sikre det bedste udbytte kan det være nødvendigt at definere en mødeleder.

Gruppe 2: professor-ambulatorium

Det handler om drift vs. uddannelse, og hvilke muligheder afdelingens ressourcer giver. Hvis ikke det er muligt med professor-ambulatorium på den måde, som det fungerer i Ortopædkirurgisk Afdeling, kan andre afdelinger alligevel lade sig inspirere til andre løsninger, der minder om det, men som er mindre ressourcekrævende. Der er bred enighed om, at professorambulatorium er en virkelig god læringsmetode.

Gruppe 3: skemaplanlægning

For de yngre læger handler det om uddannelsesplanlægning vs. fritid. Hvad prioriteres højest af den enkelte? Skemaplanlægning kan tænke mere uddannelse ind, hvis fritiden kan arrangeres sekundært. Det kan skabe mulighed for kendskab til vagtplan 3 mdr. før.

Gruppe 4: supervision

BOGERD: fokus på, at der et før, under og efter supervision.

- Det handler om forberedelse og en forventningsafstemning (en redningsplan i forhold til, hvornår superviserende læge evt. træder til)
- Vælg fokuspunkter for supervisionen

Lad den yngre læge komme til orde først, og stil uddybende spørgsmål til vedkommende.

Gruppe 5: konference af klinisk case med speciallæge

- Istap/Isbar
- Konkret omkring, hvad man har brug for hjælp til

Gruppe 6: Feedback kultur mellem afdelinger/specialer

Det er en udfordring. At kunne give feedback på tværs kræver forståelse og respekt for hinandens specialer;

- Hvornår er feedback hensigtsmæssigt – og hvornår er det ikke?
- Hvordan får vi udnyttet de tværfaglige forløb til fælles læring på tværs?
- Formaliserede samarbejdssituationer eller ad hoc?

4.1.7 Valg af fokusområder

Deltagerne inddeles på tværs af afdelinger. Hver gruppe peger hver på to emner, som de ønsker fokus på det kommende år. Flere af grupperne har

overlappende emner, hvorfor emnerne samlet blev:

Følgende emner foreslås:

1. Feedback mellem afdelinger, der ophæver søjletænkningen

Det skal være muligt, at give feedback på tværs af afdelinger og specialer – og muligt at italesætte udfordringer/problematiske forhold. Kan forbedres via et bedre kendskab til hinanden, tillid m.v. Dette kan fx opnås gennem

besøg på andre afdelinger (uformelle lavtærskel samtaler; hvad går godt og hvad går mindre godt)

2. Supervision – afgrænset og optimeret på alle afdelinger

Brugen af kompetencevurderingsværktøjer og opfølgning på disse.

3. Mere læringsfokus i konferencen

Fast struktur på konferencen med indbygget fokus på uddannelse

4. U hensigtsmæssige uddannelsesforløb (formalia og sparring med kollegaer)

Fx gennem fælles kompetencevurderingsdrøftelser på speciallægemøder i de enkelte afdelinger. Sikrer et bedre bedømmelsesgrundlag.

5. Feedback fra yngre læger til speciallæger

Mere intensiv anvendelse af data fra evaluer.dk (brugeroplevet input til forbedring). At sikre et lærings- og arbejdsmiljø samt struktur, hvor tillid (også op og ned i hierarkiet) er det bærende.

6. Lægekultur

Inter-professionel, arbejdsmiljø, lægerollen og feedback. Gensidig respekt vs. brugen af stereotyper. Vi skal tale hinanden op og sikre et trygt læringsmiljø.

7. Vejlederstabens kompetencer

Herunder Faculty Development

Valgte fokusområder for 2017/18

Efter hemmelig afstemning blev det besluttet, at de tre fokusområder for år 2017/2018 blev:

Lægekultur

Feedback fra yngre læger til speciallæger

Feedback mellem afdelinger, der ophæver søjletænkningen

4.2 ÅRSMØDE 2018

Årsmøde 2018

Lægelig Videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens

Torsdag d. 11. oktober på Sabro Kro

Foreløbigt program for dagen:

08.30-08.50 Morgenmad
08.50-09.20 Præsentation og velkomst *Berit Toftegaard*
09.20-10.45 Indsatsområder fra 3-timers møderne *UKYL fra hver afdeling*
10.45-11.00 Pause
11.00-12.00 Hvordan styrkes læringsmiljøet *Nynne Lykke Christensen, Chefkonsulent, FaYL*
12.00-13.00 Frokost
13.00-14.00 UKYL-møde og senior-møde *Christian Melchior Olesen og Berit Toftegaard*
14.00-14.30 Walk and talk
14.30-15.00 Tilbagemeldinger fra gruppemøder
15.00-15.15 Kage og frugt
15.15-15.30 Hvordan opnås følgeskab til forandringstiltag? *Marie Storkholm og Helle Hjørnholm Volhøj*
15.30-16.00 Forbedringsmodellen og driverdiagram *Helle Hjørnholm Volhøj og Berit Toftegaard*
16.00-16.45 Strategi for selvvalgt forandringsproces, gruppearbejde på afdelingsniveau
16.45-17.00 Pause
17.00-17.45 Valg af fokusområder for 2018/2019
17.45-18.00 Opsamling på dagen *Berit Toftegaard*
18.00-19.30 Middag

Figur 25 Program for Årsmødet for Lægelig Videreuddannelse 2018

4.2.1 Indsatsområder fra tre-timers møderne

UKYL fra hver afdeling præsenterede udbyttet af *tre-timers mødet*, som blev afholdt den 19. september (akutafdelingen dog i maj). Efterfølgende var der mulighed for spørgsmål og dialog.

Det overordnede emne var Feedback mono- og tværfagligt i egen afdeling og mellem læger på tværs af afdelinger.

Akutafdelingen:

De yngre læger har peget på to forandringsområder:

1. Debriefing efter medicinske kald – de yngre læger er lidt i tvivl om, hvordan det skal organiseres, men oplever, at der går læring tabt ved, at holdet gradvis opløses, som det sker i dag.

2. Debriefing og timeout om eftermiddagen inden dagsholdet går hjem – mhp. at optimere patientsikkerhed, og at dagsholdet kan holde fri med god fornemmelse af, at viden om patienten er videregivet -> forebygge, at dagsholdet tager arbejdet med hjem -> god work-life balance

Derudover har de yngre læger identificeret følgende opmærksomhedspunkter:

- Feedback muligheder i skadestuen – svært pga. meget spredte vagter
- Konkret feedback fra vejleder – selv tage mere ansvar ved at pege på områder, man ønsker feedback på
- Flere stuegange og udskrivelser til KBU-læger mhp. feedback
- Opgaver til hinanden via EPJ med opfølgning på patienter.

Medicinsk Afdeling

De yngre læger har peget på fire forandringsområder:

1. En fast feedback dag – skal ses i sammenhæng med kontinuitet i stuegang (herudover introduktion af mini-CEX m.v.).
2. Vejledermøder – vejlederne mødes og vurderer uddannelseslæger samlet (hjælp fra UAO/(UKO) til en skabelon for møderne)
3. Feedbackambassadører i afdelingen, der kan hjælpe med at sætte fokus på feedback
4. Opjustering af introduktionsprogrammet mhp. mere info om feedback (hvilke områder har afdelingen fokus på i det kommende år).

Røntgen og Skanning

De yngre læger har udpeget forbedringstiltag, der retter sig mod forskellige niveauer i afdelingen (AL, UAO/UKYL, uddannelseslæger m.fl.):

1. Optimering af supervision i CT – det opleves, at tidspres medfører manglende tid til supervision
2. Manglende feedback i forbindelse med rettelser i beskrivelser – der ønskes ikke kun

feedback ved større rettelser, men også ved de mindre

3. Kontrol af arbejde/beskrivelser – også efter kompetencer er opnået, således man opnår sikkerhed i opgaven. Evt. at udvælge enkelte dage, hvor alt, man beskriver, går til gennemlæsning.

4. Den til tider hårde tone i afdelingen.

Udover de udpegede forbedringstiltag, er der i Røntgen og Skanning et ønske om, at øvrige afdelinger er opmærksomme på/får indarbejdet i deres introduktionsprogrammer, at man skal præcisere modaliteter, når der henvises til Røntgen og Skanning. Det drejer sig om samarbejde og tone, vores kultur og forventninger til hinanden (forforståelsen).

Afdeling for Kvindesygdomme og fødsler

De yngre læger har peget på fire forandrings-forslag:

1. Indførelse af faste feedback uger (fx hver 4. til 8. uge), fokus på feedback, herunder bl.a. udfyldelse af kompetencevurderingsskemaer.

2. Helhedsvurdering af yngre læger (inden for alle lægerollerne) – der opleves manglende struktur på feedback, og der er områder, som ikke berøres i hverdagen.

- Indførelse af speciallægemøde hver 3. måned dedikeret til vurdering / evaluering af yngre læger. Struktureret gennemgang af den enkelte uddannelseslæge og efterfølgende feedback fx ved vejleder.

3. Organiseret tværfaglig feedback. Det gode samarbejde med anæstesen. Der er et ønske om debriefing mellem afdelingerne. Ikke hver gang – men efter udfordrende situationer.

- Thomas Hahn foreslår et lignende set-up på tværs af hele huset.

Kirurgisk Afdeling

De yngre læger har peget på følgende forandringsforslag, der retter sig mod forskellige beslutningsniveauer i afdelingen:

1. Uddannelseslæger:

- Få udnyttet de muligheder, som allerede findes, fx mini-CEX (ambassadører?)
- Forventningsafstemning med vejleder/supervisor
- Feedback fra uddannelseslæger til vejledere/supervisorer

2. Uddannelsesteam:

- Fokus på vejledersamtaler, så de både afholdes og har konstruktivt indhold.

Karrierevejledning?

3. Afdelingsledelsen:

- Fast-track i skopi og DKC
- Tilbagemelding fra overlægemøder, hvor uddannelseslægerne drøftes
- Superviseret stuegang/ambulatorium (krydspunkt for læring)
- At både mellemvagt og bagvagt kaldes til akutkirurgisk kald i dagtid (mulighed for supervision for mellemvagt)
- Prioritering af for-stuegang

Christian Melchior Olesen opfordrer til, at Kirurgi overvejer simulation i kirurgiske kald, evt. i et samarbejde med anæstesi, mhp. læring?

Ortopædkirurgisk Afdeling

De yngre læger har peget på tre forandringsområder:

1. "Eksamen" til sikring af kompetencer efter endt sektorphold og certificering.
 - LVR gør opmærksom på mulighederne i kompetencevurderinger – kan bruges både til vurdering af, hvad man kan blive bedre til og til at "måle", om man har opnået det ønskede.
2. Tiltag til hurtigere opsporing af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb kompetenceudvikling.
3. Formel uddannelsesplan før funktion på selvstændig LA-operationsstue.

Afdelingen for Bedøvelse, Operation og Intensiv

De yngre læger i Bedøvelse, Operation og Intensiv har udpeget følgende tre forandringstiltag:

1. Fast forventningsafstemning inden en supervision – konkretiserende i forhold til områder.
2. Planlagt supervision og feedback efterfølges af invers feedback (forskellige forudsætninger blandt supervisorer) – hvad fungerede? hvad manglede? hvad mente du? etc.
3. Fast konference mellem anæstesilæger efter team-samarbejde (udnytte krydspunkterne, da det ikke sker så ofte) – kort debriefing.

Vil vi gentage tre-timers mødet?

I alle afdelinger er der en klar opfattelse af, at *tre-timers mødet* har fungeret hensigtsmæssigt og været meget udbytterigt. Det er med til at skabe en forståelse af, at uddannelseslægerne selv skal tage et ansvar for egen læring.

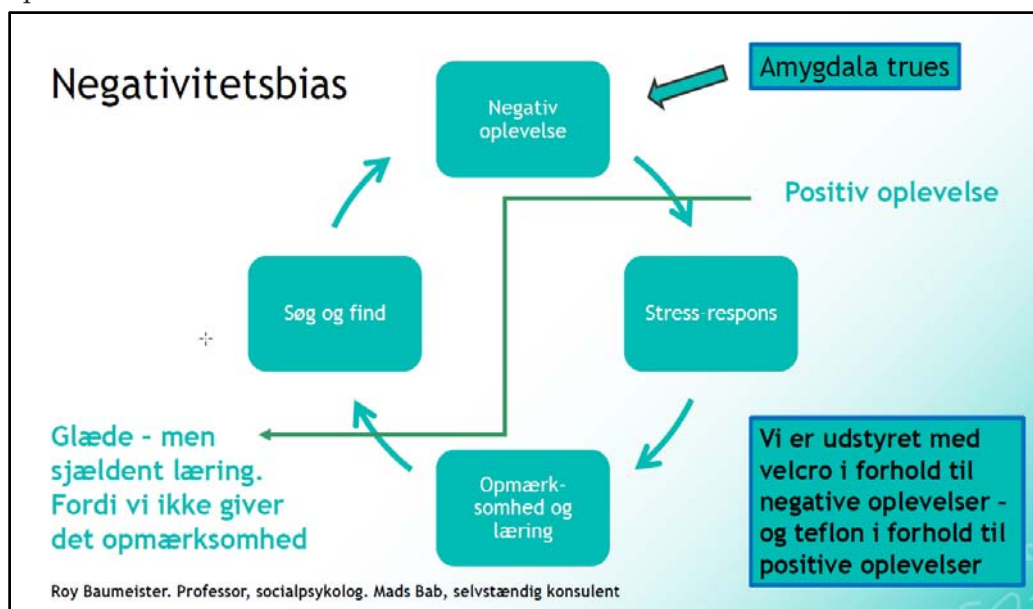
Gennemgangen af de enkelte afdelingers udbytte fra møderne viser, at der også kan være god læring og gode ideer at få fra hinandens *tre-timers møder*. Som eksempel nævnes feedbackambassadøren, som er et forandringstiltag i Medicinsk Afdeling.

Anne-Mette Skjødt-Jensen fortæller, at en undersøgelse fra Aalborg viser, at 68% af alle forbedringstiltag, fra tre timers møder gennem de sidste 15 år, er blevet implementeret eller er ved at blive det.

4.2.2 Hvordan styrkes læringsforløbet v. Nynne Lykke Christensen

Motivation som forudsætning for læring: "Det er vigtigere at jagte mening end at forebygge stress..." (Kelly McGonigal).

Negativitetsbias: vi er fra naturen født med evnen til hele tiden at være opmærksom på trusler – dette tager over, når vi føler os pressede (amygdala trues). Vi er bedre til at lægge mærke til negative oplevelser end positive oplevelser.



Figur 26 Negativitetsbias, udlånt af Nynne Lykke Christensen

Modtagelse af feedback handler (også) om kultur

- Er læringsmiljøet ikke i orden opleves formativ feedback som (negativ) summativ feedback.
- Det er en kulturel udfordring, at observation opfattes som vurdering
- Ofte opfattes feedback som en besked om, at man underperformer
- Professionelle sportstrænere har fokus på, hvad atleten gør godt og hvad han/hun skal gøre mere af – vejledere på hospitalsafdelinger har ofte fokus på, hvad uddannelseslægerne gør forkert. Måske vi skal følge mere i sportstrænerens spor?

Vores antagelser om hinanden og forforståelse spiller også ind i dette.

Det drøftes, om man skulle lave nøgleårsagsanalyser af forløb, der går rigtig godt.

Hvordan skabes motivation? (Deci & Ryan)

Som mennesker er vi skabt til at være nysgerrige, vi vil gerne lære noget nyt og vi vil gerne give en masse. Tre behov skal være opfyldt;

1. behov for tilhørsforhold (relationer og kultur),
2. behov for at blive set som ansvarlig med mulighed for selvstændige initiativer, og

3. behovet for at blive anerkendt for sin indsats og føle sig kompetent

Jo mere de tre ting bliver opfyldt, desto større er chancen for, at vi accepterer og befinder os godt i de vilkår, der er på arbejdspladsen (fx i en afdeling). Det handler derfor også om arbejdsmiljøet.

Behovet for tilhørsforhold - relationer og kultur

- ◆ Synlig ledelse med konsekvent fokus på lærings- og feedbackkulturen
- ◆ Værdsættelse af den enkeltes tilstedeværelse og bidrag
- ◆ Forstørre stemningen af "vi" (modsat os/dem)
- ◆ Understøtte en hjælpende kultur kolleger imellem
- ◆ Hold jer ikke tilbage med positive tilkendegivelser - over for hinanden (og både op og ned)
- ◆ Undgå at enkeltpersoner udstilles negativt - i alles påhør
- ◆ Man kan ikke "melde" sig ud



Jo bedre tilhørsforhold, jo højere motivation til at indgå i - og bidrage til - arbejdsfællesskabet

Figur 27 Tilhørsforhold, udlånt af Nynne Lykke Christensen

Trivsel og motivation (Martin Seligman)

- Positive følelser
- Engagement
- Relationer
- Mening
- Præstation

Saml på positive følelser

- Er man selv opmærksom på, hvornår det går godt, hvornår man er i flow m.v., så medfører det en masse positivt for den enkeltes motivation.
- Vi skal i videst mulige omfang forsøge at koble os på hinandens positive følelser/oplevelser – den positive følelse bliver dermed forstærket.
- Læringsmål i stedet for undgåelsesmål
- Hensigten er at blive dygtigere, ikke at undgå eller være bange for at begå fejl.
- Øget motivation giver mestrings-oplevelser (selfefficacy (handlingstillid og kompetencetillid) og motivation)
- Når man får og samler på mestrings-oplevelser, så bliver man bedre til at kaste sig over nye opgaver og gøre en ekstra indsats (mestrings-opgaven skal have krævet involvering og udfordring).
- Spørg: Hvornår lærer du bedst? Hvornår er du i flow?

Saml på positive oplevelser

- ◊ Opmærksomheden på positive oplevelser er central for den enkeltes trivsel og velbefindende
- ◊ Fremmes når samspillet flyder og vi kobler os til hinandens oplevelser
- ◊ Opmærksomhed på positive tilstande øger
 - ◊ Opbygningseffekten (flourish-theory)
 - ◊ Den kognitive kapacitet øges
 - ◊ Handlingsrepertoiret
 - ◊ Øger evnen til at tage feedback og læring til sig

Barbara Fredrickson. Psykolog. Professor på University of North Carolina



Figur 28 Positive oplevelser, udlånt af Nynne Lykke Christensen

4.2.3 Hvordan opnås følgeskab til forandringstiltag? v. Marie Storkholm og Helle Volhøj

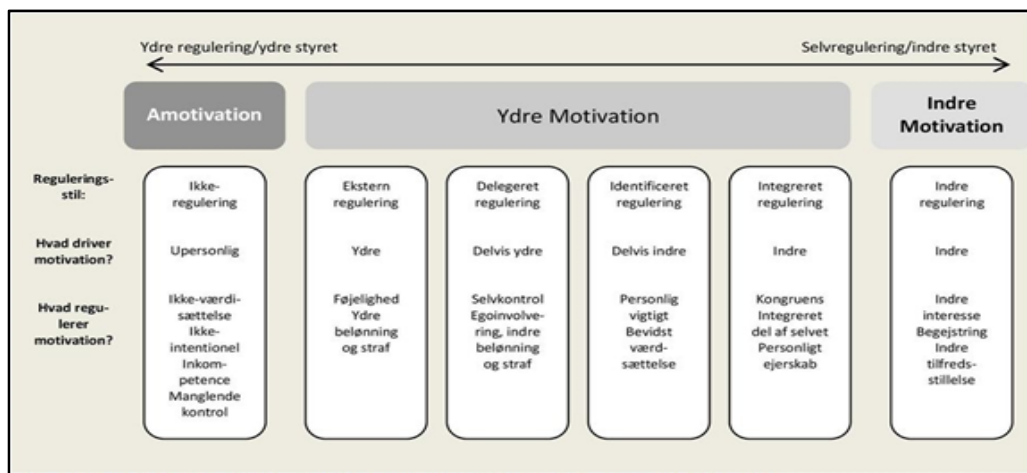
Iboende psykologiske drivere for alle mennesker (Deci & Ryan):

1. Kompetencer
2. Autonomi
3. Relationer: del af et fagprofessionelt og støttende fællesskab, der relaterer sig til noget meningsfuldt, noget der rækker ud over én selv (public service motivation)

Motivation for forandringer

Jo mere man kan bevæge sig fra den ydre til den indre, regulerede motivation, desto bedre er det i forhold til at føre forandringer igennem.

- Indre, selvreguleret motivation: når drivkraften for at udøve en handling er handlingen i sig selv
 - Ydre motivation: når drivkraften for at udøve en handling er ekstern
- Motivationen vil ofte være skiftende mellem de to.



Figur 29 Ydre regulering vs. selvregulering

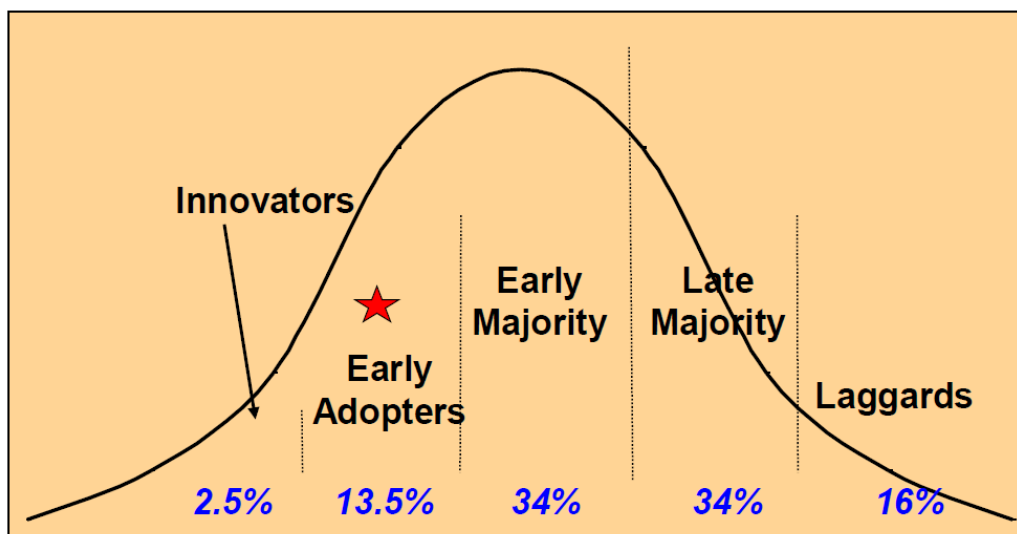
Mind set: vi skal stille os uden for de forskellige systemer og forsøge at afdække de forskellige tankesæt – vi skal vide, hvad der foregår i mikrosystemerne og makrosystemet.

Hvad fremmer motivation?

Ambitiøse og specifikke læringsmål og resultatmål.

- Personligt ejerskab: italesætte og kommunikere mål – for at forpligte sig til målet.
 - Mestrings-evne: tillid til at man kan lykkes med opgaven og realisere målene.
- Realisering af mål skaber i sig selv engagement. Mening sker altid – det kan ikke kommunikeres, men det skabes i mødet og sammen med andre. Mening opstår dér, hvor der ikke er flertydighed, men konsensus mellem det, man siger og gør.

Vær opmærksom på, at motivation for forandring varierer fra person til person.



Figur 30 Diffusions og innovations (Roger)

De 9 bud til forandringslederen:

Vælg dine ord med omhu *ord skaber eller forstyrrer mening*

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

Kommunikér forventninger *dine forventninger skaber virkelighed for dig og andre*

Vær strategisk *brug dine kolleger og din organisation*

Skab følgeskab *skaf dig allierede, ledelsesopbakning, forklar HVORFOR 'et*

Gå foran i ord og handlinger *dine handlinger skal afspejle det, du kommunikerer*

Vedholdenhed *gentag, giv ikke op*

Afkod, forstå og anerkend andres reaktioner *med en undersøgende tilgang*

Åbenhed for feedback *måske har din analyse været forkert*

4.2.4 Forbedringsmodellen og driverdiagram v. Helle Volhøj og Berit Toftegaard

For at opnå det ønskede, er det vigtigt at få defineret et SMART mål:

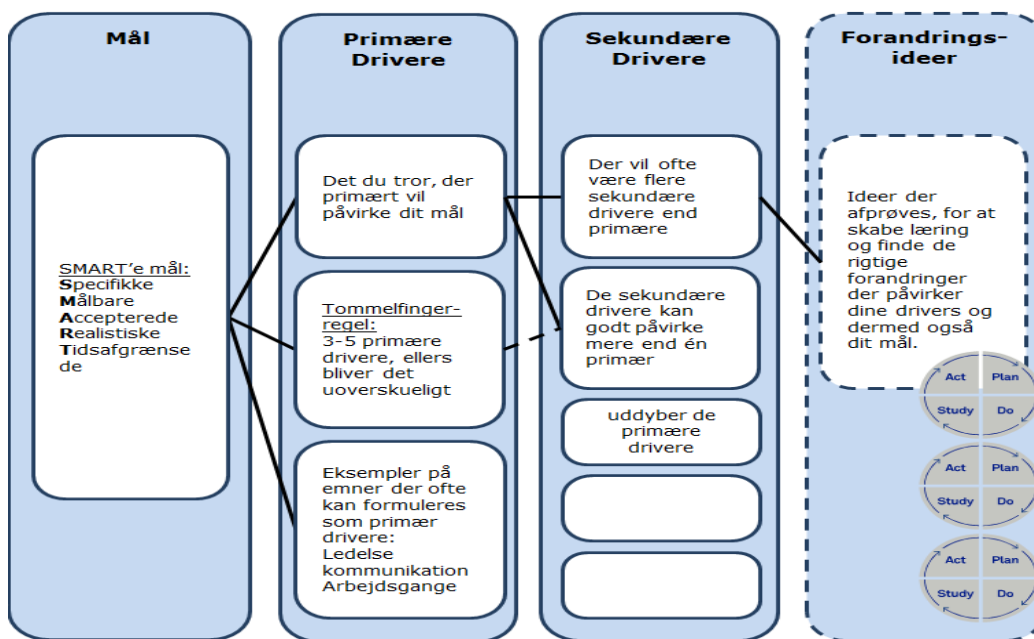
- Specifikt
- Målbart
- Attraktivt/ambitiøst
- Realistisk
- Tidsbestemt

Lykkes det ikke at formulere et SMART mål, kan det blive svært at konstatere, om målet rent faktisk nås.

Driverdiagrammet er et redskab, der kan skabe overskuelighed. Det indeholder primære drivere (dækkes ofte af viden/færdigheder, motivation/vilje og psykisk/fysisk mulighed), som er de elementer, vi skal forandre på for at nå målet. De primære drivere kan uddybes/udfoldes til sekundære drivere.

Går man fra venstre mod højre i et driverdiagram, besvares spørgsmålet hvordan? Går man den modsatte vej, så besvares spørgsmålet hvorfor?

Er der tale om komplekse emner, må man forsøge at nedbryde det til mindre komplekse emner og benytte sig af mere målbare mål.



Figur 31 Driverdiagram

Driverdiagrammet er et dynamisk redskab, der kan opdateres løbende. Man skal passe på med ikke at sætte gang i for mange ting ad gangen.

PDSA (Plan-Do-Study-Act) -cirklen anvendes til at afprøve forbedringsideer i lille skala. Herefter arbejdede afdelinger med hver deres forandringsområde, som de havde valgt hjemme fra.

4.2.6 Valg af fokusområder for 2018/2019

Deltagerne inddeles i fire grupper på tværs af tilhørsforhold til afdelinger. Hver gruppe peger hver på to emner, som LVR med fordel kan fokusere på i det kommende år. Flere af grupperne har

overlappende emner, hvorfor emnerne samlet blev:

1. Positiv kerneårsagsanalyse
2. Kompetencevurderinger

3. Feedback på tværs

4. Samarbejde tværfagligt og på tværs af huset (gøre noget for det) –
erfaringsudveksling

5. Kommunikation – den gode tone internt, mellem afdelinger, til patienter,
pårørende

m.v. og eksternt.

Efter hemmelig afstemning blev emne 4 og 5 valgt til det kommende års
fokusområder.

5.0 MONITORERING AF LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE

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

5.1 INTERNE DATA

5.1.1 Faculty development

En afgørende strategisk investering er at udvikle en professionel uddannelsesorganisation for at optimere videreuddannelsen af læger.

1) *Indenfor maksimalt 2 år efter stillingstiltrædelse, skal UAO på "Kursus for UAO".*

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 frem, dvs. 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 vejlederkompetencerne. Det kan tænkes, at I-lægens perspektiv på kurset i højere grad er, hvordan kan jeg selv blive bedre vejledt, da det er de færreste af dem, der får mulighed for at være hovedvejleder.

Afdeling	UAO (fed: deltaget i Kursus for UAO)	UKYL	Antal speciallæger (deltaget i Vejlederkursus for speciallæger)
Akut	Trine Gade Dyrberg	Marie Storgaard Rasmussen	8/12 (67%) ²
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Anne Mette Skjødt-Jensen	Christian Melchior Olesen	(54%)
Røntgen og Scanning	Kirsten Enø Pedersen ¹	Bjarki Ivarsson	13 (8%) ²
Kirurgisk	Mehmet Öztoprak	Anne Bodilsen	14 (cirka 80%)
Kvindesygdomme og Fødsler	Inge Marie Møller	Line Borregaard	8/15 (54%)
Medicinsk	Anne Lene Riis Barbara Unger	Henriette Ballebye Tor Skibsted	29(85%)
Ortopædkirurgisk	Ole Kristensen	Mathias Bjerring Ho	-

Tabel 3 UAO og UKYL og niveau for faculty development per 1.11.2018. ¹ Tiltrådt som UAO 1.10.2018. ² Alle har været på vejlederkursus for introduktionslæger.

Uddannelsesteams skal mestre forandringsledelse for at kunne designe og implementere nye muligheder for læring i en foranderlig praksis.

Uddannelsesteams opfordres til at gennemføre E-læringsmodulet om *Forbedringsmodellen*. Et tilbud til uddannelsesteams kunne være, at LVR får en kontaktperson i Kvalitetsafdelingen, som sammen med UKO kan bistå med støtte til udvikling af driverdiagrammer og prøvehandling.

5.1.2 Kompetencevurdering

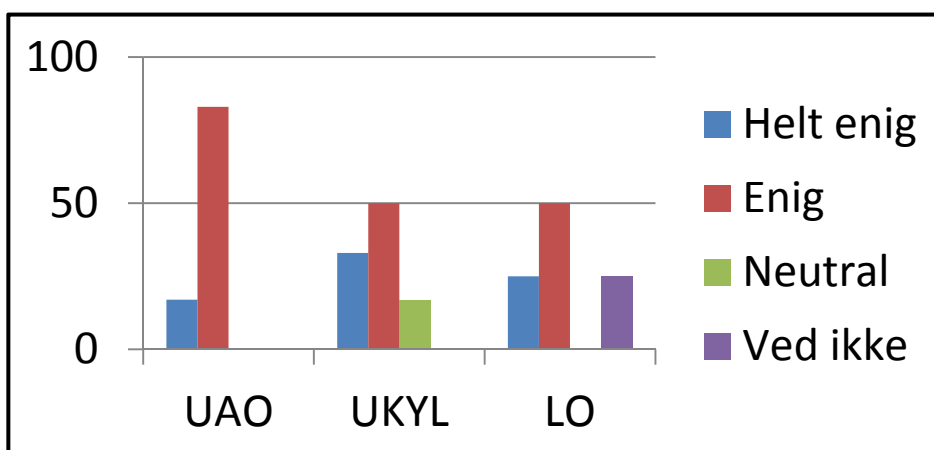
Mål: Brug af kompetencevurderings(KV)-værktøjer skal ske systematisk og være forenelig med målbeskrivelsen. Hvis målbeskrivelsen ikke angiver antal af kompetencevurderinger, skal UAO angive afdelingens krav i uddannelsesprogrammet.

360 graders evaluering skal afholdes i hht. målbeskrivelsen.

På alle afdelinger er der fokus på brug af de KV-metoder, der fremgår af målbeskrivelser/uddannelsesprogrammer. Det er vigtigt, at uddannelseslægerne forstår, at KV er i deres egen interesse, da vurderingerne har det formative mål at udvikle den enkelte læge i gunstig retning og målrette læring til den enkeltes behov. Alligevel kan det være svært at prioritere KV i en travl klinisk hverdag. Fra årsmøder og 3-timers møder har et fællestræk været overvejelser om systematisk brug af KV. Det vurderes, at det er væsentligt, at UT finder egne metoder til at systematisere brugen af kompetencevurdering. LVR bidrager til erfaringsudveksling.

Vi stillede spørgsmålet: *Min afdeling når i mål med kompetencevurderingerne i henhold til uddannelsesprogrammet/målbeskrivelsen* til UAO, UKYL henholdsvis LO.

På en 5-punkts Likert skala svarede de som vist nedenfor:



Figur 32 *Min afdeling når i mål med kompetencevurderingerne i henhold til uddannelsesprogrammet / målbeskrivelsen* - Besvaret på 5-punkt Likert skala

På hjemmesiden er oprettet et afsnit om kompetencevurdering for hver type af uddannelsesstilling for at sikre, at skemaerne er tilgængelige.

De bløde lægeroller (kommunikator, professionel, organisator/leder og samarbejder) vurderes ved en 360 graders evaluering. Hvorvidt de enkelte afdelinger opfylder denne forpligtelse kan opgøre eftersom online-udbyderen opgør antal rapporter.

Afdeling	Antal feedback facilitatorer (tilvækst)	Forventet antal evalueringer i perioden 1. sept. 2017- 31. august 2018 ^x	Faktuelt antal evalueringer i perioden 1. sept. 2017- 31. august 2018 ^y
Akut	3 (+2)	45	45 (100%)
Bedøvelse, Operation og Intensiv	1	10	10 (100%)
Røntgen og Scanning	2 (+1)	3	3 (100%)
Kirurgisk	1	4	4 (100%)
Kvindesygdomme og Fødsler	2	6	5 (83%)
Medicinsk	4 (+2)	25	25 (100%)
Ortopædkirurgisk	1	4	1 (25%)

Tabel 4 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.

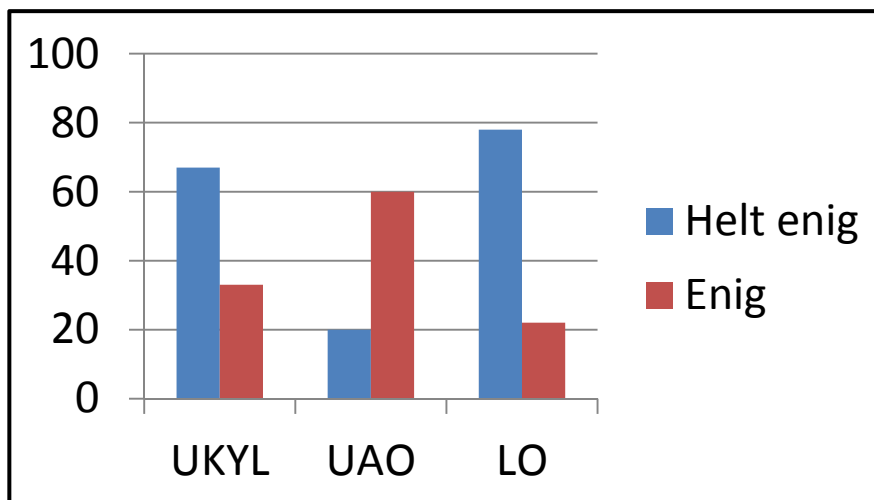
Feedback facilitatorer (FFer) oplever, at uddannelseslægerne tager initiativ til en individuel handleplan. Det er mere uvist om denne handleplan tages med til næste introduktionssamtale. Det anbefales, at hovedvejlederen spørger herom ved første samtale og, at FFerne altid spørger til, om uddannelseslægen tidligere er blevet evalueret.

Det anbefales, at uddannelseslæger har gavn af informationsmail om valg af respondenter, grupperinger og maksimal antal. Mundtligt tilsagn fra respondent før invitation øger svarprocent. Det anbefales at have minimum tolv respondenter og minimum 3 fra hver personalegruppe.

5.1.3 Feedback kultur

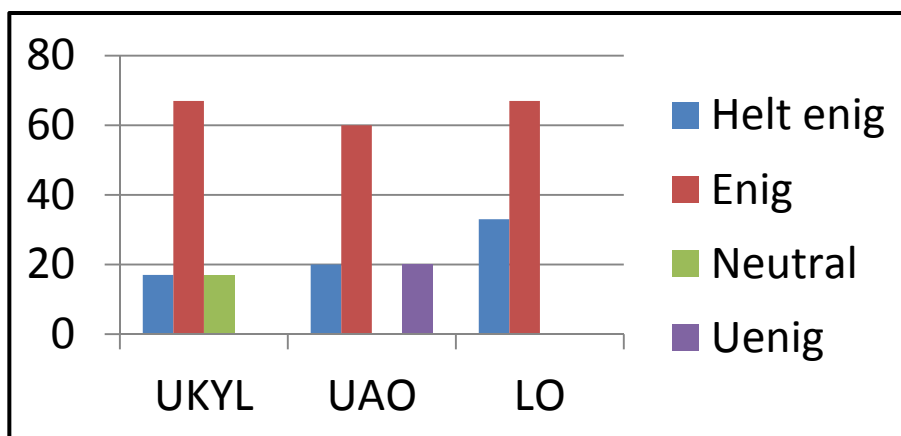
Kontinuerlig vedligeholdelse og optimering af læringskulturen er afgørende, fordi det skaber arbejdsglæde og glad personale giver gode patientforløb. En god læringskultur skaber tryghed for alle læger og mulighed for at gøre

hinanden bedre. Alle UKYLER, UAOer og ledende overlæger er enige eller helt enige i, at de har et trygt læringsmiljø.



Figur 33 Min afdeling når i mål med kompetencevurderingerne i henhold til uddannelsesprogrammet / målbeskrivelsen - Besvaret på 5-punkt Likert skala

De er fortsat overvejende enige i – om end ikke helt så overbevisende i – at samarbejdet på tværs af afdelinger er velfungerende (se søjlediagram nedenfor).



Figur 34 Samarbejdet på tværs af afdelinger er velfungerende - Besvaret på 5-punkt Likert skala

Halvdelen af afdelingerne har siden årsmødet i 2017 indført feedback fra yngre læge til speciallæge. Tanken er, at speciallægerne gerne vil have hjælp til at blive bedre vejledere, og samtidig, at feedback fremavler feedback, som bidrager til vedligehold af god kultur.

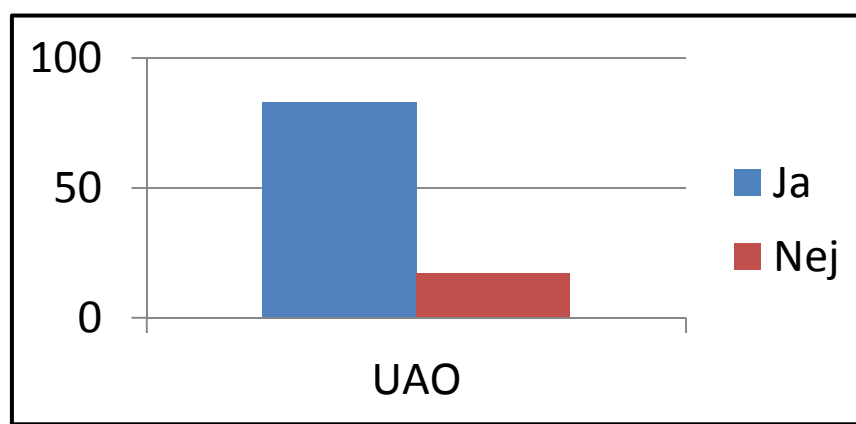
5.1.4 Vejledersamtaler, individuelle handleplaner og brug af RMUK

MÅL: Alle uddannelseslæger skal have gennemført vejledersamtale. Alle uddannelseslæger skal have en individuel handleplan ved introduktionssamtalen, som

skal justeres midtvejs. 85 % af uddannelseslæger skal have afholdt samtaler (introduktions-, midtvejs- og slutevalueringssamtale) indenfor +/-14 dg i forhold til plan. RMUK skal implementeres på alle afdelinger.

Den formelle vejledning foregår mellem hovedvejleder og den uddannelsessøgende læge. Der opfordres til, at uddannelseslæger kan blive hovedvejleder, hvis de har gennemført vejlederkurset og er et uddannelsestrin foran lægen, der skal vejledes.

UAOer blev spurgt om uddannelseslæger også er hovedvejledere i deres afdeling, det kunne 6 ud af 7 bekræfte.



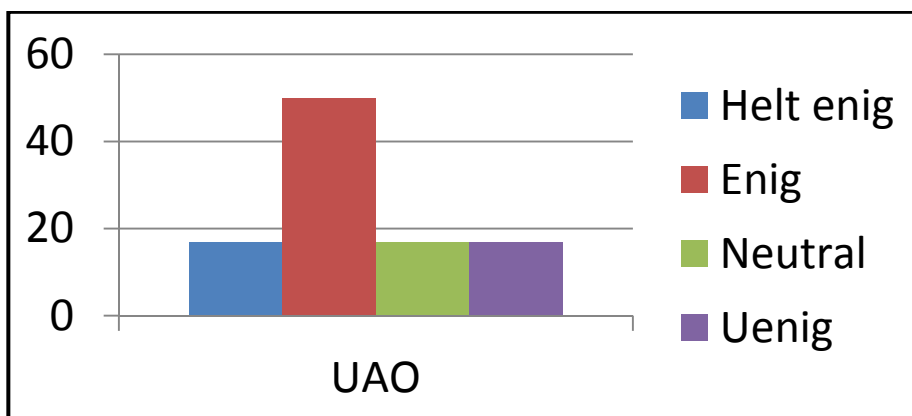
Figur 35 Er uddannelseslæger hovedvejledere i din afdeling?

Alle vejledersamtaler er vigtige og har hver deres funktion. Introduktionssamtalen rummer en forventningsafstemning, en dialog med afsæt i uddannelseslægens forhistorie, karrierevejledning og en individuel handleplan, som skal beskrive fokus og opfølgning. Justeringssamtaler skal sikre justering af individuel handleplan, så det sikres, at minimumskompetencer tidsmæssige kan opnås. Der er fokus på udvikling af alle lægeroller. Slutsamtalen skal rumme en status på uddannelsesopholdet og tænke frem mod næste ansættelse.

Det er afgørende, at vejledersamtalerne bliver afholdt til rette tid og at handleplanen er brugbar.

Fordelen ved RMUK er, at det er et papirløst system, og at det giver UAO et overblik over hvorvidt vejledersamtaler er afholdte og over indhold i de individuelle handleplaner.

To ud af tre UAOer angiver at være konsekvente overfor hovedvejledere, som ikke løser deres opgave tilfredsstillende.



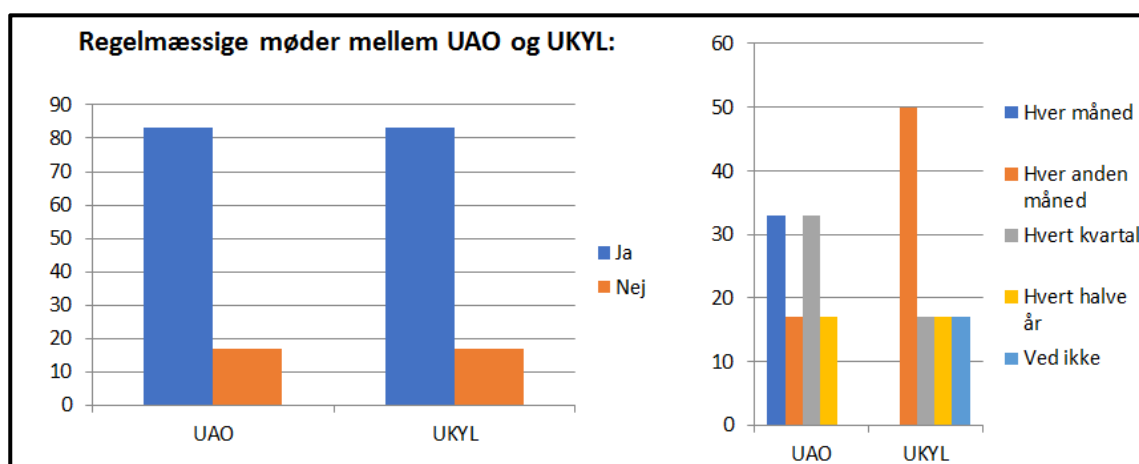
Figur 36 Jeg konfronterer en hovedvejleder, hvis jeg oplever, at han/hun ikke udfylder opgaven sufficient - besvaret på 5-punkt Likert skala.

Samme andel var enig / meget enig i udsagnet: *Jeg afviser den individuelle handleplan, hvis jeg ikke finder den dækkende.*

Det vurderes væsentligt, at UAOerne har et ledelsesrum, hvor hun/han kan sætte kvalitetskrav. Det er pointeret, at opgaven som UAO fra et lægeligt videreuddannelses perspektiv er et ledelseshverv på niveau med funktionsledelse.

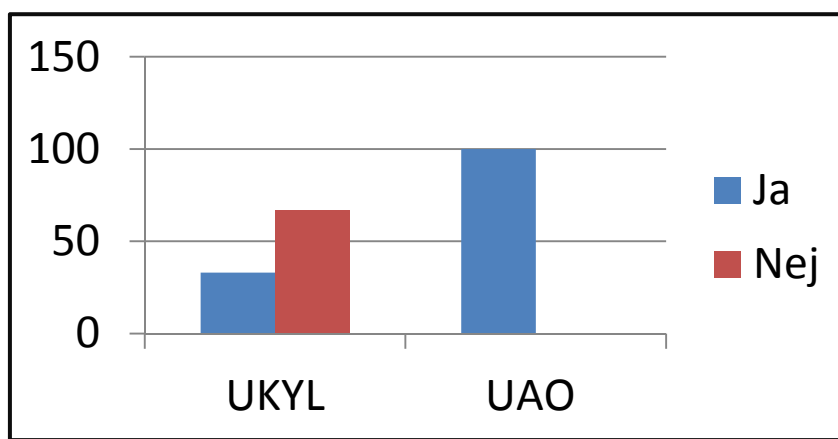
Opbakning fra de ledende overlæger er alt afgørende for at komme i mål med indsatser indenfor lægelig videreuddannelse. Det er indtrykket, at UAO og LO i højere grad får afholdt møder om Lægelig Videreuddannelse i indeværende år.

For at UKYL kan bidrage optimalt, er det også væsentligt, at UAO og UKYL afholder møder regelmæssigt. Det er tilfældet i de fleste afdelinger, hvor halvdelen mødes minimum hver anden måned.



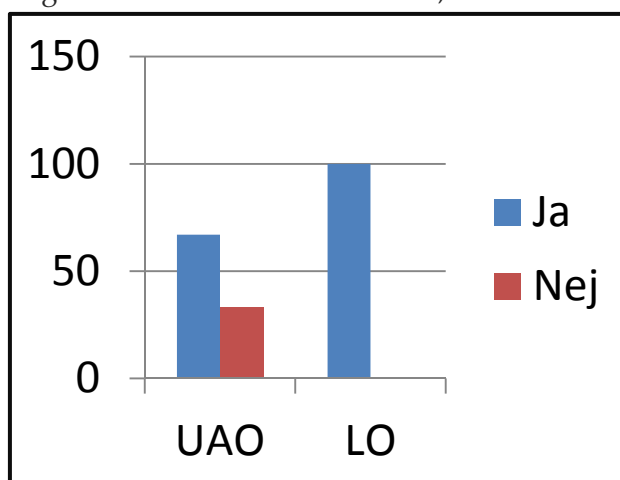
Figur 37 Mødehyppighed mellem UAO og UKYL

Et andet vigtigt element er, at ledelsesopgaven også inkluderer funktionstid, dvs. skemalagt tid til administration af opgaver indenfor videreuddannelse. Nedenstående søjlediagram viser, at alle UAOer får funktionstid og en ud af tre UKYLER.



Figur 38 Funktionstid til opgaver vedrørende lægelig videreuddannelse

Da UAO må tænkes at være en vigtig arbejdskraft i klinikken i tilfælde af sygdom eller lign. kan det tænkes, at den tildelte funktionstid er i risiko for at blive inddraget, og at dette altid er synligt for den ledende overlæge. Nedenfor angiver to ud af tre UAOer, at de afholder den tildelte funktionstid.



Figur 39 Får UAO lov at afholde sin planlagte funktionstid?

5.1.5 Kvalitet i uddannelsesprogrammer og arbejdstilrettelæggelsen

MÅL: at sikre, at et opdateret uddannelsesprogram understøtter opfyldelsen af minimumskompetencer og medvirker til udvikling af kompetente speciallæger.

Dette understøttes af Videreuddannelse Region Nord, der nu kræver opdatering af uddannelsesprogram hvert 3. år.

Det vurderes afgørende, at arbejdstilrettelæggelse sker i et samarbejde mellem uddannelsesteam og skemalægger.

5.1.6 Læringsværdi af konferencen

MÅL: at optimere uddannelseslægers aktive rolle i konferencen, her tænkes undervisning (dagens case, EKG) og koordination af drift og uddannelseshensyn.

På årsmødet havde vi et tema om *optimering af læring i driften 2017*, hvor vi gruppevis udfordrede mulighederne for at optimere udbyttet af krydspunkter eller parallelle forløb. Konferencen var et godt eksempel. Kvindeafdelingen har i januar implementeret ny skabelon for morgenkonferencen, der blandt andet sikrer, at den yngre læge får tid til at undervise og får ad-hoc opgaver af uddannelsesmæssige relevans. De fleste afdelingen har vagtens case, som fremlægges af vagtholdet oftest afgående forvagt.

5.1.7 Yngre Læger som innovatører

MÅL: at træne yngre læger (med særlig interesse for ledelse) i at udvikle og implementere forandringer

På RH Horsens har vi ladet os inspirere af AUH, der har kørt projektet "Yngre Læger på banen". Den ny-nedsatte UKYL-netværksgruppe har beskrevet et 3-timers møde skabelon i tråd med konceptet udviklet af Susanne Nøhr. Formålet med mødet er at identificere udviklingsområder. Nogle indsatser kan løftes af yngre læger, andre indsatser kan løftes af UT eller AL.

For at understøtte sandsynligheden for, at udviklingsområderne bliver forbedret, har vi foranstaltet et tilbud om workshop i forandringsledelse til de yngre læger, der har lyst til at lede en forandringsproces baseret på forbedringsmodellen. Workshopen blev fulgt op af et opsamlingsmøde og deltagerne har fået tilbud om individuel sparring.

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 2016/2017/2018.

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 uddannelsessøgende læger på de enkelte afdelinger.

	Svarprocenter		
	2016	2017	2018 ¹
Akutfdelingen	43/44	43/43	40/48
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	7/7	6/6	7/9
Afdeling for Røntgen og Scanning	4/4	5/5	4/4
Kirurgisk afdeling	8/8	9/9	12/12
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	12/12	13/13	12/12
Medicinsk afdeling	19/20	22/22	29/34
Ortopædkirurgisk afdeling	4/4	5/5	<3

Tabel 5 Andel af uddannelseslæger, der har besvaret *evaluer.dk* ud af samtlige uddannelseslæger

¹ År 2018 er endnu ikke omme, hvorfor svarprocenten er lavere

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.

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

Tabel 6 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
Akutfdelingen	4,9	4,9	5,2
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,2	5,2	5,0
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,4	5,1
Kirurgisk afdeling	4,6	4,9	4,9
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	5,3	5,2
Medicinsk afdeling	5,0	4,9	4,9
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,2	5,6

Tabel 7 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
Akutfdelingen	4,9	5,1	5,4
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,7	4,8
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,4	5,2
Kirurgisk afdeling	4,5	5,1	4,9
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,2	5,3	5,2
Medicinsk afdeling	4,8	4,5	4,8
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,4	5,6

Tabel 8 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
Akutafdelingen	4,7	5,0	5,3
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,8	5,0
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,5	5,6	5,5
Kirurgisk afdeling	4,3	5,0	4,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	5,1	5,0
Medicinsk afdeling	4,8	4,4	4,7
Ortopædkirurgisk afdeling	5,1	5,5	5,3

Tabel 9 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
Akutafdelingen	4,5	4,6	4,9
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,9	4,8
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,3	5,6	5,6
Kirurgisk afdeling	4,6	4,9	5,0
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	4,8	5,2
Medicinsk afdeling	4,9	4,6	4,9
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,4	5,6

Tabel 10 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
Akutafdelingen	5,5	5,7	5,8
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,8	5,5	5,2
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,8	5,6	5,2
Kirurgisk afdeling	4,9	5,4	5,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,6	5,5	5,9
Medicinsk afdeling	5,5	5,3	5,2
Ortopædkirurgisk afdeling	5,7	5,8	6,0

Tabel 11 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
Akutafdelingen	5,1	5,4	5,7
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,5	5,2	5,2
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,8	5,7	5,2
Kirurgisk afdeling	4,9	5,4	5,5
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,5	5,5	5,5
Medicinsk afdeling	5,0	4,7	4,9
Ortopædkirurgisk afdeling	5,8	5,8	6,0

Tabel 12 Evaluering af øvrige

5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING

Den eksterne vurdering af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse på RH Horsens foregår ved Inspektorbesøg. Formålet med Inspektorordningen er, at bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på de enkelte uddannelsesafdelinger. Dette sker via formidling af gode erfaringer og konkrete forslag til ændringer, der kan sikre uddannelseslægers opnåelse af kompetencerne i de enkelte specialers målbeskrivelser.

Sundhedsstyrelsens Inspektorordning aflægger rutinebesøg hvert fjerde år. Som resten af sundhedsvæsenet er den lægelige videreuddannelse dynamisk og i konstant udvikling, hvorfor en score fra et ældre inspektorbesøg ikke nødvendigvis er tidssvarende. På RH Horsens er det erfaringen, at et besøg fra Inspektorkorpset altid har positiv afsmitning 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	Særdeles god
Akut	Nov. 2015	0	2 Sundhedsfremmer, forskning	11	3
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Okt. 2016	0	2 Sundhedsfremmer, forskning	9	5
Røntgen og Scanning	Okt. 2016	0	1 Forskning	2	13
Kirurgisk ¹	Juni 2010	0	3 Forskning, aflysning af undervisning, akademiker	11	1
Kvinde-sygdomme og Fødsler	Marts 2015	0	4 Leder/adm., Sundhedsfremmer, Akademiker Forskning	4	8
Medicinsk	Sept. 2016	1 Forskning	1 Konference-læring	12	2
Ortopæd-kirurgisk	Feb. 2018	0	0	3	13

Tabel 13 Bedømmelse ved sidste inspektorbeføg fordelt på fire kategorier.

¹Der er rykket for et inspektorbeføg

6.0 FREMTIDIGT FOKUS

Igen i år har jeg oplevet stor passion, vilje og slid for at sikre god videreuddannelse. Vi har *villet* hinanden på tværs af afdelingerne.

Til årsmødet besluttede vi et fælles indsats for at forbedre uddannelsestilbuddet ved at have fokus på samarbejdet på tværs af afdelinger. Den organisatoriske omstrukturering af akuthospitalet i form af hybridmodellen er netop landet på matriklen. Det er min forventning, at denne model vil åbne døre for et udvidet samarbejde om patienten. Det er et fællesansvar, at vi udnytter disse åbninger til at udveksle viden, dygtiggøre hinanden, skabe mestringsoplevelser og fællesskaber til gavn for patienterne. Det er væsentligt, at vi er ydmyge og undersøgende overfor hinandens perspektiver, så vi undgår sammenstød baseret på mangelfuld indsigt.

Jeg ser også muligheder i at optimere det tværfaglige samarbejde om uddannelsesopgaven. Når sygeplejerske og uddannelseslæge er fælles om en patientopgave, er det for mig at se helt naturligt, at de forpligter sig til at give hinanden specifik feedback.

God tone og ordentlighed har vi valgt som årets andet tema. Det vurderes afgørende, at vi i en tid med besparelser og patientpres passer på hinanden og altid har fokus på at tale hinanden bedre. Hvis der fortsat eksisterer narrativer, som fastholder os i uretmæssige billeder af hinanden, bør vi forsøge at udrydde dem. De medvirker ikke til gode patientforløb.

Jeg glæder mig til året, der venter os.

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.