

Lægelig Videreuddannelse

Årsrapport 2020

Regionshospitalet Horsens



midt



Forkortelser:

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

Indhold

1.0 Aktiviteter i lægelig videreuddannelse	2
1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE	2
1.2 AKTIVITETER OG ÅRSHJUL	3
1.3 UDVALGTE EKSTERNE RÅD/UDVALG	8
2.0 Særlige tiltag	12
2.1 COVID19 FRA ET UKO PERSPEKTIV	12
2.2 TRE-TIMERS MØDE	13
2.3 WORKSHOPS I FORANDRINGSLEDELSE	15
2.4 SYMPOSIUM I FORANDRINGSLEDELSE	20
2.5 HJEMMESIDE OM LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE	29
2.6 LOKALE KURSER I VEJLEDNING OG FEEDBACK.....	30
2.7 HOSPITALS DYNAMU.....	30
2.8 HUMAN FIRST – INTERPROFESSIONEL TRÆNING.....	31
2.9 LÆGELIG UDDANNELSE – PRÆ & POST.....	32
2.10 UDDANNELSE PÅ TVÆRS.....	33
3.0 Tilbagemelding fra afdelingerne	33
3.1 AKUTAFDELINGEN.....	33
3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV	35
3.3 MEDICINSK AFDELING	36
3.4 BLODPRØVER OG BIOKEMI	37
3.5 ORTOPÆDISK AFDELING	38
3.6 RØNTGEN OG SCANNING	38
3.7 KIRURGISK AFDELING.....	40
3.8 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME, FØDSLER OG FERTILITET.....	41
4.0 Årsmøde i lægelig videreuddannelse 2020	42
4.1 ÅRSMØDE	43
5.0 Monitorering af lægelig videreuddannelse	55
5.1 INTERNE DATA.....	55
5.2 BRUGEROPLEVET KVALITET	56
5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING	59

Forord

Igen har jeg fornøjelsen af at præsentere status for den lægelige videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens. År 2020 blev ikke som planlagt, det blev et anderledes år med Covid19 pandemien som omdrejningspunkt. Det blev et år, hvor vi har trænet omstillingsparathed og fleksibilitet med hyppige justeringer af dagsprogram, arbejdsplan, kurser og virtuelle møder. Egentligt havde vi sat os for at arbejde med *sund fornuft tilbage i patientbehandlingen, opgør med nulfejlskultur og etablering af læringskrydspunkter på tværs af afdelinger og fagprofessioner.*

Psykologisk sikkerhed er fundamentet for at vælge klogt - og for at turde lære af egne og andres fejl. Temaet blev flot løftet af uddannelseslægerne på 3-timers mødet. Jeg er meget taknemmelig for den opbakning mødekonceptet fik fra både hospitalsledelsen, afdelingsledelser og uddannelsesteams i en tid, hvor pandemien gradvis fik ny opblussen. Jeg er stolt over uddannelseslægerne arbejde med at identificere vigtige udviklingsområder, og stolt over måden forandringslederne er gået til opgaven med at analysere, justere og implementere indsatser.

Arbejdet har også gjort, at vores uddannelseslæger har sat trivsel på dagsordenen i en tid, hvor uforudsigelighed, bekymring om smitte og oplevelse af egen inkompetence har været en mulig trussel i hverdagen samtidig med, at mødet med patient og pårørende har været kompromitteret af værnemidler og besøgsrestriktioner.

Covid19-beredskabssituationen gav os en særlig anledning til at samarbejde og tænke i løsninger på tværs af afdelinger. Tid fra identifikation af udfordring til handling har været kortere og nye samarbejdsaftaler om patientopgaver er løbende indgået under respektfuld udveksling af perspektiver. En erfaring - som vi skal huske at have med os - efter pandemien.

Det er med stor beundring, at jeg har fulgt, hvordan de enkelte uddannelsesteams har arbejdet kreativt med at sikre tryghed og kvalitet i lægelig videreuddannelse. Først måtte mange uddannelsesaktiviteter lukke ned i foråret - for så senere at skulle genopstå i samme eller anden form. Det har været vigtigt at have de uddannelsesansvarlige overlæger med om bordet til at vurdere, hvilke uddannelseslæger, der bedst talte udlån. Uddannelseslæger, der ikke var udlånt, oplevede alligevel en ny hverdag på grund af mindre aktivitet på operationsgangen og reduceret ambulant funktion.

Jeg kigger tilbage på et år, hvor jeg tænker, at vi er lykkedes flot med opgaven på trods.

Når det er sagt, er det ingen hemmelighed, at jeg glæder mig meget til dagen, hvor vi igen kan møde hinanden uden mundbind og forpligte hinanden med et håndtryk.

Som tidligere er årsrapporten en samling af fortællinger fra året, der er gået. Fortællinger, der fortjener at blive genbesøgt for vores hukommelse. Fortællinger, der kan hjælpe nye kolleger til at tage medansvar for lægelig videreuddannelse baseret på en indsigt i vores hidtige arbejde.

Berit Skjødeberg Toftegaard, Uddannelseskoordinerende overlæge, Regionshospitalet Horsens

1.0 Aktiviteter i lægelig videreuddannelse

1.1 ARBEJDET MED DEN LÆGELIGE VIDEREUDDANNELSE

Lægelig videreuddannelse er det uddannelsesforløb, som nyuddannede læger gennemgår efter afsluttet kandidateksamen. Efter gennemførelse af uddannelsesforløbet opnås speciallægeanerkendelse. Uddannelsen sker under ansættelse som læge i specielle stillinger, som er klassificeret til uddannelse. Den lægelige videreuddannelse består af følgende elementer: Klinisk basisuddannelse: 6 måneder i første ansættelse (anden ansættelse foregår i almen praksis eller psykiatrien), Introduktionsstilling: 12 måneder, Hoveduddannelsesforløb: 48-60 måneder. Videreuddannelsen foregår på RH Horsens på 8 uddannelsesgivende afdelinger. Per 1. januar 2021 har vi i alt 119 uddannelsesstillinger fordelt med 29 KBU-stillinger, 36 Introduktionsstillinger og 54 Hoveduddannelsesstillinger. De uddannelsesgivende afdelinger havde i alt 112 speciallæger i klinikken, se tabel 1.

Afdeling	Subspeciale	Antal H læger	Antal I læger	KBU læger	Udd. læger	Special-læger (minus LO)	Ratio Speciallæger/ Udd.læger
Akutafdelingen	Akutmedicin	3,5 (4)	2 (5)	16% (15+1)	28,25 (28)	11,2	0,4 (0,4)
	Almen Medicin	6 (3)					
	Geriatrici	0,75 (0)					
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Anæstesi	3 (3)	5 (6)		8 (9)	16	2 (1,8)
Røntgen og Skanning	Radiologi	2,75 (2)	3 (1)		5,75 (3)	8,5	1,5 (2,8)
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	Gyn/Obstetrik	3 (3)	2 (4)		11,5 (10)	12 ^x	1,0 (1,2)
	Almen Medicin	6,5 (3)					
Medicinsk afdeling	Intern medicin		13 (13)	4 ^y (4)	39,5 (41)	29	0,7 (0,7)
	Kardiologi	3 (3)					
	Lungemedicin	2 (3)					
	Reumatologi	1,75 (1)					
	Geriatrici	3,75 (7)					
	Gastroenterologi og hepatologi	2 (3)					
	Endokrinologi	3 (4)					
	Almen Medicin	6 (3)					
	Akut Medicin	1 (0)					
Ortopædkirurgisk afd.	Ortopædkirurgi	6 (7)	2 (3)		8 (13)	19	2,4 (1,5)
	Uklassificeret			0 (3)			
Kirurgisk afdeling	Kirurgi	5 (2)	2 (4)	4 (4)	12,3 (14)	14	1,1 (1,0)
	Gynækologi	1 (2)					
	Akut Medicin	0,3 (0)					
	Uklassificeret			0 (2)			
Blodprøver og Biokemi	Biokemi	0,5 (1)			0,5 (1)	2	2 (4)
Total		60,8 (54)	29 (36)	24 (29)	113,8 (119)	111,7	1,0 (0,9)

Tabel 1 Normering af lægelige uddannelsesstillinger pr. 1. januar 2021 RH Horsens.

I parentes er det faktiske antal angivet pr. 1. januar 2021. ^xMinus speciallæger i fertiliteten, ^y3 KBU+1 læge i evalueringsansættelse

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

Ratioen speciallæger/uddannelseslæger udtrykker omfanget af uddannelsesopgaven per speciallæge i afdelingen og dermed anvendt uddannelseskapacitet. Samtidig kan brøken relateres til afdelingens grad af specialiserede opgaver.

1.2 AKTIVITETER OG ÅRSHJUL

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



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

1.2.1 Årsmøde i Lægelig Videreuddannelse

Årsmødet afholdes i oktober/november hvert år. Deltagere på årsmødet er uddannelsesteams (UAO og UKYL), ledende overlæger (LO), HR-konsulent, den lægefaglige direktør og UKO (mødeleder). Mødeformen er interaktiv med temadrøftelse på gruppe- og plenum-niveau. Afhængig af tema arbejdes der inden for egen afdeling eller på tværs af afdelinger. Formålet er blandt andet at arbejde med årets fokusområder og identificere nye for det kommende år, erfaringsudveksle og afholde gruppemøder. Referat tages af HR-konsulent/UKO og sendes til deltagerne.

Se afsnit 4.0 for indhold i årsmødet 2020.

1.2.2 Møder i Lægelig Videreuddannelsesråd (LVR)

LVR-møder afholdes fire gange årligt af 1,5 timers varighed med deltagelse af uddannelsesteams, HR-konsulent, lægefaglig direktør og UKO. Formålet er at sikre fælles retning og mål for udvikling af den lægelige videreuddannelse på RH Horsens og at udveksle viden og erfaring mellem afdelingerne. På mødet i marts og september prioriteres bordet rundt, hvor hvert uddannelsesteam fortæller, hvad de er optaget af lige nu. Til mødet i juni og december foregår temadrøftelser eller arbejde med fælles værktøjer. Referat tages af HR-konsulent/UKO, sendes til deltagere og er tilgængelig på intranettet under Lægelig Videreuddannelse. I juni måned handlede temadrøftelsen om Covid19s betydning for lægers videreuddannelse i egen afdeling. Dels drøftede vi anbefalingen fra SST vedr. hospitalsansatte i særlig risiko eller med pårørende i særlig risiko. Flere af uddannelseslægerne var gravide eller havde gravide samlever – enkelte kunne være i særlig risiko på anden baggrund. For nogle afdelinger ville det betyde, at de berørte uddannelseslæger ikke ville kunne gå i vagter i løbet af deres uddannelsesforløb. Det kunne blive et problem at opnå rette kompetenceniveau. Samtidig ville det kunne påvirke øvrige uddannelseslæger i samme vagttag, da de skulle dække ekstra vagter og dermed få mindre dagarbejde. Dernæst drøftede vi en bekymring om, at ekstra kursUSDeltagelse i efteråret pga. indhentning af kurser fra marts til juni kunne risikere at trække uddannelseslæger væk fra klinikken. Vi drøftede også den gradvise normalisering af hverdagen og re-implementering af uddannelsestiltag, herunder opstart af formel undervisning og konferencer under opfyldelse af covid19 forsigtighedsprincipper. Til slut drøftede vi trivsel hos uddannelseslæger og uddannelsesteams. Selvom der har været mange nye og forstyrrende elementer, som skiftende vagtplaner, nye arbejdsopgaver, nye arbejdssteder, blev det vurderet, at der også har været positive oplevelser og læringer, som vi kan tage med efterfølgende.

I december måned handlede temadrøftelsen om ansvar for egen læring og ansvar for andres læring. Uddannelsesteam fra Røntgen og Skanning oplevede, at deres velimplementerede program "læsepensum" hjælper den enkelte uddannelseslæge med at huske eget ansvar, da det skaber en synlig ramme for egen og andres læring. Vi drøftede også, om ansvaret for egen læring kan læses i/forstås ud fra en (master) uddannelsesplan? Så spørgsmålet der blev stillet var, kan vi gøre rammen mere tydelig? Bør vi have en light-uddannelsesprogram, hvor masterplanen er lettere tilgængelig? I afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler får uddannelseslægerne en opgave, når de forud for ansættelsen modtager introduktionsmaterialet. De skal beskrive, hvad de regner med at få ud af uddannelsesforløbet, og hvordan de selv vil bidrage til at få indfriet deres forventninger. En måde at skabe overblik for sig selv kan være at plote kompetenceopnåelse og kurser ind i eget årshjul. Det betyder, at de hjælpes på vej til at oversætte uddannelsesprogrammet til sig selv.

Uddannelsesteamet i akutafdelingen fortalte, hvordan de i forbindelse med vejledersamtaler drøfter ansvar for egen udvikling og progression. Kirurgisk afdeling afholder forventningssamtaler mellem UAO og uddannelseslæger og med denne samtale som udgangspunktet, laves mere konkrete aftaler med hovedvejlederen.

Det drøftes, at mestring og positive oplevelser kan bidrage til motivation og lyst til at tage ansvar for egen læring. Hvordan får vi uddannelseslægerne til at føle sig som en del af fællesskabet? Det handler bl.a. om at give opgaver, der passer til deres kompetenceniveau, tilbyde deltagelse i udviklingsarbejde, skabe forudsigelighed m.fl. Målet er, at de i starten skal opleve mestring, så får de større handletillid og oplever at have et større repertoire af handlemuligheder. Her kan man hente inspiration fra Mc Donald kæden, som sikrer, at nyansatte får deres første opgave ved pomfritgryderne, når dette mestres, får de mere krævende opgaver. Kan vi finde tilsvarende "pomfritopgaver" for vores mindre erfarne uddannelseslæger? Tilrettelæggelsen af introduktion kan have fokus på, at nye uddannelseslæger de første uger bestrider opgaver, som de mest sandsynligt kan mestre, derefter er de i højere grad klar til at blive udfordret med patientopgaver, som bringer dem ud af komfortzonen.

Vi drøftede også medansvar for andres læring. Møder i vejlederforum kan bruges til at opkvalificere de kliniske vejledere og hovedvejledere til at tage medansvar for den enkelte uddannelseslæges læring og forstå, hvad dette indebærer, dvs. forstå sin egen rolle. Spørgsmålet er, om alle læger i afdelingerne ved, hvad uddannelseslæger på forskellige uddannelsesstrin skal kunne? Nogle afdelinger har kompetencetavler som også synliggør progression og skaber opmærksomhed på uddannelse.

Derudover er det selvfølgelig fortsat vigtigt, at speciallæger sendes på vejlederkurset.

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 og sparre omkring, hvad der rører sig i afdelingen - herunder hvad, der går godt og hvad, der udfordrer. Til mødet i december drøftes kvalitet i videreuddannelsen baseret på de uddannelsessøgendes evalueringer og anden kvalitetsdata. Her følges der også op på indsatsområderne fra 3-timers møderne. Referat tages af UKO, er fortroligt, sendes til LO og uddannelsesteam i pågældende afdeling.

1.2.4 Fyraftensmøder

Fyraftensmøder afholdes cirka fire gange årligt. To af disse møder planlægges af UKYL netværket. Målet er at arbejde med uddannelsesrelaterede emner. Målgruppen veksler mellem at være alle ansatte til at være lægegruppen alene. Highlights fra møderne præsenteres i årsrapporten. I 2020 har vi ikke afholdt fyraftensmøder pga. Covid19. Lige før nedlukningen i marts havde UKYL-netværket planlagt et møde om håndtering af klagesager. Der var også planlagt et aftenmøde om karrierevalg med besøg fra Foreningen af Yngre Læger. Dertil havde vi på tegnebrættet en workshop i avanceret suturteknik og en workshop i forberedelse og afvikling af simulation.

1.2.5 Møde med feedback-facilitatorer

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

I år havde vi fokus på FFers egen oplevelse af, hvorvidt 360 graders feedback har værdi for uddannelseslægen. Deres generelle vurdering var, at 360 graders evaluering er et godt værktøj. Overordnet hjælper værktøjet lægegruppen med at indhente feedback fra øvrige faggrupper. Dataindsamlingsmetoden er velimplementeret, og data vurderes pålidelige. Det opleves fra FF-perspektivet, at feedbacken, der leveres er brugbar, og at rapportens indhold skaber en legitim mulighed for at tale om de bløde kompetencer på en ordentlig måde.

Det blev vurderet, at det er uhensigtsmæssigt, at vores budgetår afsluttes 31.8., da det er svært at nå at bruge de resterende rapporter i den korte tidsperiode efter sommerferie. Det medførte, at vi fik flyttet budgetårets afslutning til 30.9. i stedet.

1.2.6 UKYL-netværket

UKYL netværket (grundlagt til årsmødet 2017) består af UKYLER. Netværket mødes før hvert LVR-møde. Formålet er at styrke UKYLernes samarbejde om uddannelsesopgaver og implementering af nye tiltag. UKYL-netværket er ansvarlig for to fyraftensmøder årligt og afholdelse af 3-timers møder. UKYL-netværket ledes af en formand og en næstformand. Beslutningerne fra mødet skal indgå i referatet for efterfølgende LVR-møde. Netværket har siden det første halve år kørt uden formand. I juni måned tiltrådte Mads Bisgaard Bengtsen som formand for UKYL-netværket (UKYL fra medicinsk afdeling). Han har hjælp fra Mette Moen (UKYL fra akutafdelingen) som næstformand. De har under og efter årsmødet arbejdet hen imod, at alle UKYLER skal have en funktionsbeskrivelse og eventuel et årshjul for deres aktiviteter. De har fået egne sider på hjemmesiden for lægelig videreuddannelse. Mads vil gerne forestå introduktion af nye UKYLER. Til gengæld har vi aftalt, at jeg en eftermiddag om året planlægger en workshop med træning af ledelse og samarbejde for UKYLER mhp. ledelseskompentenceudvikling.

1.2.7 UAO-forum

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

1.2.8 Koordinerende forum for HU-læger i almen medicin

Mødet afholdes årligt med det formål at optimere rammerne for almen medicinske HU-lægers uddannelsesforløb på matriklen. Deltagere på mødet er PKL og uddannelseskoordinator i almen medicin, UAO og LO fra Afdeling for Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet, medicinsk afdeling og akutafdelingen, HR-konsulent og UKO, samt én repræsentant for HU-læger i almen medicin fra hver af de tre afdelinger. Referat tages af UKO og sendes til mødedeltagere og lægefaglig direktør.

Da vores HU-læger i almen medicin har fem sygehusansættelser inden for 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.

Fokus er, at HU-lægerne i Almen Medicin (AP-læger) får lov at arbejde med de patientkategorier, der har størst relevans for deres fremtidige virke. Samtidigt har mødet skabt grundlag for at udjævne antallet AP-læger, da både for mange og for få AP-læger i et vagtlag kan forringe deres uddannelse. Laila Sørensen fra Lønkontoret laver seks gange årligt en opdateret liste med prognose for AP-læger, som UKO sender til de

relevante afdelinger. Af flere omgange har afdelingerne på denne baggrund ændret på rækkefølgen af forløb. På mødet 4. november 2020 præsenterede uddannelsesteam for medicinsk afdeling et nyt tilbud til HU-læger i almen medicin i form af masterclass. Masterclass er undervisningsmøder, der afholdes en gang månedlig med deltagelse af alle AP-læger på matriklen. Afdelingen for kvindesygdomme, fødsler og fertilitet vil gerne tilbyde tema-formiddag til samme målgruppe. Det er tanken, at temaformiddage kan afholdes kvartalsvis med gynækologiske, kirurgiske og ortopædkirurgiske temaer. Dertil blev forslag om hospitals DYNAMU drøftet og mødte god opbakning, se afsnit 2.7.

1.2.9 Postgraduat Tværfagligt Simulationsudvalg

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

I udvalget arbejder vi på at opbygge mentorfunktion til nyuddannede simulatorinstruktører, workshops, færdighedslaboratorium, som skal sikre tilbud om teknisk simulationstræning til ansatte på tværs af fagprofessioner. Færdighedslaboratoriet åbnede i februar 2020, men har frem til skrivende stund været lukket, da SiC frem til sommerferien blev anvendt som pødestation. Til gengæld har det været muligt for uddannelsesteam at låne mapperne ud i klinikken. Når vi starter op igen, vil vi gerne åbne sidste onsdag hver måned fra 14-17.

Stationerne er anlæggelse af PVK, lumbalpunktur, EKG-tagning, tolkning af EKG, A-gas-tagning, tolkning af A-gas, anlæggelse af sonde og kateter à demeure og træning i suturteknik.



Figur 2 Invitation til Færdighedslab-eftermiddage



Dette bord kan bestilles ved Charlotte Hansen i SIC. Find kontaktoplysninger på Charlotte og se mere omkring udlån af træningsudstyr i SIC på hjemmesiden: [SIC - træningsudstyr til rådighed](#).

Inspiration til A-punktur:

- > <https://youtu.be/Xd91urxkPnU>
- > <https://www.youtube.com/watch?v=8z44ryOVEEM&feature=youtu.be>
- > <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelse-proever/kliniske-procedurer/hjertekar/arieriepunktur/>

Ved brug af ultralyd til proceduren kan følgende videoer anvendes til inspiration:

- > <https://www.youtube.com/watch?v=QAJSrbJua7U>
- > <https://www.youtube.com/watch?v=QAJSrbJua7U>
- > <https://www.youtube.com/watch?v=F079mSJ62io>
- > <https://www.youtube.com/watch?v=F079mSJ62io>

Figur 3 Eksempel på station

Vi vil stile efter, at færdighedslab-onsdagene efter sommerferien vil rumme et andet event, som ex. avanceret suturworkshop, fokuseret hjerte- og lungescanning eller led-undersøgelser.

Udvalget har en gruppe, som er i gang med at undersøge muligheden for at udvikle virtual reality med det formål at kunne træne basal og på sigt avanceret HLR.

I øvrigt arbejder udvalget på, at få LapSim tilbage i OP-nære omgivelser. Hans Friis-Andersen inviterer uddannelseslæger i kirurgi og gynækologi til at opnå certificering i teknik lap-simulation, før egentlig laparoskopisk procedure gennemføres.

1.2.10 Tre-timers møde

Mødet afholdes hvert år om eftermiddagen tredje onsdag i september. Mødet ledes af UKYL. Hvis UKYL er afdelingslæge, kan en uddannelseslæge i afdelingen udpeges til at være mødeleder. Formålet er at give uddannelseslæger mulighed for at komme med løsningsforslag til, hvordan de som enkeltpersoner og som gruppe kan forbedre kvaliteten af egen uddannelse. Dermed trænes uddannelseslægerne i at tage medansvar for egen uddannelse. Tre-timers mødet har hvert år et tema, som er gennemgående på tværs af afdelingerne. Temaet fastlægges af UKO i samråd med øvrig LVR. Derudover drøftes temaer, der kan være relevant for den enkelte afdeling. Konceptet for *tre-timers mødet* er udviklet af Susanne Nøhr, som er UKO på Aalborg Universitetshospital. Se særskilt afsnit 2.2 om 3-timers møde.

1.3 UDVALGTE EKSTERNE RÅD/UDVALG

For alle nedenstående fora gælder, at mange møder har været virtuelle i det forgangne år.

Jeg har som UKO haft et særligt fokus på gennemsigtighed i år. Hvordan skaber vi transparens i de opgaver, som vi arbejder med. Hvad gør det for læringsmiljøet og opmærksomheden på vigtigheden i uddannelsesopgaven, når uddannelsesteamet er synlige med, hvilke uddannelsestiltag, som de satser på i kommende periode. Derfor vil jeg som ovenfor – for de fora, jeg selv deltager i - forsøge at beskrive de områder, vi har haft særligt fokus på.

1.3.1 Kontaktforum for Lægelig Videreuddannelse

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

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

Hovedopgaverne er derfor at øge muligheden for koordinering, samarbejde og erfaringsudveksling om udfordringer og løsninger på tværs af de forskellige enheder i regionen vedrørende den lægelige videreuddannelse. At drøfte og bidrage til vidensdeling om administrative, lovmæssige og andre relevante

ændringer, som berører den lægelige videreuddannelse. Kontaktforum har ingen formel beslutningskompetence. Kontaktforum afholder møder tre gange årligt.

1.3.2 PKL-UKO-VUS temadage

UKOer, PKLer og medarbejdere fra Videreuddannelsessekretariatet (VUS) mødes tre gange årligt til VUS-PKL-UKO-temadage. Formålet er pædagogisk udvikling, vidensdeling og samarbejde mellem deltagerne. Første del af mødet ledes af ledende lektor fra Center for Sundhedsvidenskabelig Uddannelse (CESU) og anden del ledes af Sekretariatschef for VUS. Der afholdes temadage fire gange årligt.

1.3.3 Netværksforum for Simulation

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

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

Netværksforum kan nedsætte arbejdsgrupper og supplere sig efter behov.

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

1.3.4 Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (DRRLV)

Hver af de tre videreuddannelsesregioner, Nord, Syd og Øst, har et Regionalt Råd for Lægers Videreuddannelse. <https://www.videreuddannelsen-nord.dk/det-regionale-rad/>

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 inden for videreuddannelsesregionen, godkendelse af uddannelsesafdelinger og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb i den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelse. Rådet mødes fire gange årligt. Berit Skjødeberg Toftegaard (UKO) er udpeget som repræsentant for uddannelsesgivere. Anne Lene Riis (UAO medicinsk afdeling) er suppleant.

I 2020 har vi haft et særligt fokus på det indledte arbejde med revision af speciallægeuddannelse i Sundhedsstyrelsen. Der er nedsat fire arbejdsgrupper med hver sin baggrundsgruppe.

Arbejdsgruppe 1: Indhold i og omfang af opbygning af den lægelige videreuddannelse samt lægeroller

Lægeroller, det lægelige arbejdsmarked og specialeudviklingen i fremtiden, fremtidige patientbehov og tværsektorielle perspektiv. Rammer og struktur for den kliniske basisuddannelse.

Arbejdsgruppe 2: Specialestruktur

Fremtidsmæssige perspektiver og behov for specialerne, herunder behov for at redefinere bestemte specialer. Balance mellem bredde og dybde dvs. generalist og specialisering.

Arbejdsgruppe 3: Modeller for dimensionering af videreuddannelsen

Dimensionering anses for et centralt emne, da visse specialer og geografiske områder stadig er udfordrede på lægedækningen og relevante ansøgere til hoveduddannelsesstillinger

Arbejdsgruppe 4: Videreuddannelsens governance

Bekendtgørelser og styringen inden for videreuddannelse, herunder evalueringer og mulighederne i forbindelse med meritoverførsel. Fremtidig struktur jf. vores nuværende opdeling i de tre

videreuddannelsesregioner. Fremtidige funktioner for videreuddannelses-sekretariatene og de regionale råds. Den pædagogiske udviklende funktion (PUF), evaluering og vejledning, samt inspektorordningen.

Derudover har vi i Rådet arbejdet med evalueringskultur, herunder Evaluer.dk. Det har medført et holdningspapir med formålet at beskrive DRRLV ønsker og forventninger til evalueringskulturen i Videreuddannelsesregion Nord. I Rådet er der enighed om, at det er centralt med åbenhed, ærlighed og viden om, hvornår man evaluerer og evalueres. Evaluer.dk skal vurderes som redskab til dialog, udvikling, gensidigt tillid og konstruktiv feedback. Der opfordres til systematisk at kombinere mundtlig og skriftlig evaluering. Bruge spørgerammen fra Evaluer.dk til samtalerne for at skabe en forventning ift., hvad afdelingen gerne vil have evaluering på. Det er væsentligt, at uddannelsessteamet er bevidst om, at ovenstående bedst lykkes i et trygt og tillidsbaseret miljø, hvor uddannelseslægen i øvrigt lærer bedst.

Dette arbejde har medført drøftelse af holdningspapiret til LVR-møde og statusmøde. Baseret på spørgeramme fra Evaluer.dk og neurologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital er der udviklet et refleksionsark som anbefales at blive udleveret til introduktionssamtalen og drøftet på justeringssamtalen.

Rådet har også bidraget med input til et nyt notat fra Videreuddannelsessekretariatet om evalueringsansættelser, der nu gør det muligt at *ad hoc* ansætte udenlandsk uddannede læger i afdelinger, som ikke i forvejen er lægefagligt indstillet til at varetage KBU-forløb og dermed ikke har et uddannelsesprogram for KBU-læger. I disse tilfælde vil VUS og PKL for den pågældende afdeling forestå ad hoc godkendelsen og modtage uddannelsesplaner under forløbet.

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 inden for 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.

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

Videreuddannelsesregion Nord har bestemt, at alle uddannelsesprogrammer skal opdateres hvert tredje år for at sikre, at de er tidssvarende.

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.

I 2020 har vi påbegyndt et arbejde med at udvikle nye skabeloner til RMUK, som vi håber i højere grad kan understøtte god dialog og coaching. Skabelonen for justeringssamtalen vil i fremtiden kunne indeholde funktioner, som afhængig af speciale kan være stuegang, vagtarbejde, OP, ambulatorium eller tilsvarende. Under hver funktion vil et felt skulle udfyldes med det, uddannelseslægen er god til. Et næste felt udfyldes med det, uddannelses udfordres af. Dialogen skal føre til en refleksion af, hvilke udfordringer, uddannelseslægen ønsker at få hjælp til først, og hvordan en sådan handlingsplan kan være. Næste felt vil være handleplan med noter om, hvad uddannelseslægen og hovedvejleder forpligter sig på.

Samtidig arbejdes der på at overføre tekstfelter fra tidligere udfyldt samtalskabelon, det kan være CV, som så blot skal opdateres.

1.3.8 UKO-gruppe

UKO deltager mhp. erfaringsudveksling og medansvar for organisation af lægelig videreuddannelse på hospitalsniveau på tværs inden for Videreuddannelsesregion Nord. Vi har i 2020 ikke haft nationale møder på tværs af videreuddannelsesregioner. I 2020 blev Regionshospitalet Horsens inviteret til at deltage i fase 2 af et projekt, der har til overordnet formål at udvikle og afprøve en spørgeramme til brug for 360°'s feedback til hoveduddannelseslæger i sidste del af speciallægeuddannelsen. Målet med den nye spørgeramme, der er udviklet og valideret i fase 1 af projektet er at sætte fokus på udviklingen af de ledelsesmæssige kompetencer hos HU-læger. I fase 2 skal udvikles og afprøves 3 forskellige modeller for kompetenceudvikling af allerede uddannede 360°'s feedback facilitatorer til at kunne anvende den nye spørgeramme.

I det kvalitative interventionsstudie er det målet at vurdere den bedst mulig balance mellem kvalitet, uddannelseslægenes udbytte og ressourceforbrug for de valgte modeller. Vi har som en del af projektgruppen været samlet to gange og har givet feedback på projektets design. Vi får som hospital mulighed for at få kompetenceudviklet minimum 4 erfarne feedback facilitatorer fra forskellige afdelinger som en del af projektet. Derudover skal vi bidrage til dataindsamling fra feedback facilitatorer og hoveduddannelseslæger, dataanalyse og udarbejdelse af anbefalinger til, hvordan opkvalificering af feedback facilitatorer bedst gøres fremadrettet. Projektet, der er støttet af Sundhedsuddannelser i Region Midtjylland i 2019 og 2020, er forankret på Aarhus Universitetshospital med uddannelseskoordinerende overlæge Gitte Eriksen som projektansvarlig i et tæt samarbejde med Bente Malling, Lektor Emeritus, Aarhus Universitet.

UKO-gruppen har desuden påbegyndt et arbejde med at følge op på rapporten om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, der var baseret på et spørgeskemaundersøgelse af UAOer i 2012. I den tidligere rapport fremgår, at ca. 7% af alle uddannelsesforløb var uhensigtsmæssige og krævede særlige interventioner (fx øget vejledning, samtaler med opfølgning, skift af uddannelsessted samt forlængelse eller afskedigelse). UAOerne angav, at disse forløb oftest var knyttet til lægens attitude, samarbejdsevner og tilgang til opgaver og i mindre grad var knyttet til lægens kompetencer som medicinsk ekspert. Desuden at forløbene oftere blev identificeret på universitetshospitalerne på tredje til fjerde år af hoveduddannelsen. Vi er nu nysgerrige på, om fokus på tidlig identificering af uhensigtsmæssige forløb og etablering af vejlederfora har ændret på dette billede. Derudover er der nedsat en arbejdsgruppe, der under fortrolighed skal forsøge at mappe håndtering af forløb mhp. om det kan være muligt at opstille en algoritme for dette.

2.0 Særlige tiltag

2.1 COVID19 FRA ET UKO PERSPEKTIV

År 2020 har været særligt udfordrende. Vi fik tidligt i marts sat fokus på, at krav til uddannelseslægerne om at opfylde tid og kompetencer fortsat eksisterede på trods af pandemien. Behovet for et sådant overblik hjalp med at kalde UAO'er tilbage i deres ledelsesposition.

Kære kolleger.

Se mail nedenfor fra Mads Skipper (sekretariatschef i Videreuddannelsessekretariatet) om notat fra Sundhedsstyrelsen vedr. **håndtering af tilladelse til selvstændigt virke og anerkendelser i forbindelse med Covid-19**. Herunder mulighed for at få forhåndsgodkendt et kursus, som er aflyst pga. COVID19 af VUS, så erhvervelse af autorisation ikke forsinkes.

Godkendelse af et ophold kræver fortsat **1) opfyldelse af tid** (maksimal 10% fravær) og **2) opnåelse af minimumskompetencer**. Er dette ikke tilfældet skal opholdet forlænges. Det betyder, at en uddannelseslæge, der fx er ansat i afdelingen for kvindesygdomme og fødsler, men arbejder i akutafdelingen, fortsat vil kunne få sit uddannelseselement godkendt, hvis vedkommende i slutningen af sit ophold har opnået det, der som minimum forventes. Vi kan ikke levere det, vi plejer, ingen afdelinger er uberørt af Covid-19 og flere af de vanlige uddannelsesfunktioner er sat på pause. Omvendt lærer vi noget helt andet og særligt af at være sammen om at håndtere den aktuelle Covid-19 situation, det bliver en læring for hele livet.

Hvad kan afdelingen for kvindesygdomme så vælge at gøre, når akutafdelingen og medicinsk afdeling i svær grad har brug for ekstra lægeressourcer. Ledende overlæge kan udover at indgå aftale med uddannelseslægen også med fordel involvere UAO, som kan rådføre sig hos hovedvejleder i forhold til uddannelseslægens progression. Det kan være relevant at fordele udlånstiden ligeligt mellem flere læger. Hvis en uddannelseslæge har haft funktion udenfor egen afdeling i 2 mdr., kan det være afdelingens medansvar at understøtte, at der den resterende tid i stamafdelingen er et særligt fokus på at uddannelseslægen får indhentet sine kompetencer.

VUS vil gerne, at vi har et overblik over hvem, der har været udlånt og længde af udlånsperiode. Det bliver vores egen opgave at vurdere, hvem der eventuelt skal have uddannelseselementet forlænget.

Det er vigtigt, at **hovedvejleder løbende har kontakt med sin uddannelseslæge i udlånsperioden**.

Det er vigtigt, at **uddannelseslægen ved, at hun/han skal stille spørgsmål vedrørende sit uddannelseselement til egen hovedvejleder eller egen UAO**. Dertil må UAO selvfølgelig altid kontakte mig. Jeg sender i morgen et skema ud på jeres uddannelseslæger, som jeg gerne vil, at UAO forholder sig til. Skemaet skal I sende retur til mig.

Vi undersøger i øjeblikket muligheder for dels at udsætte stillingskift og dels at flytte lægekapaciteter fra almen praksis til akutafdelingen og medicinsk afdeling. Hvis vi får lov til dette, vil VUS ansøge om dispensationsgodkendelse af disse justerede forløb ved Sundhedsstyrelsen.

Under alle omstændigheder, skal vi løbende minde hinanden om, at vi uddanner og lærer, imens vi drifter. Udnyt ethvert krydspunkt – vær nysgerrig! Husk at kompetencevurdere, når mulighederne opstår – og husk at feedback skal være specifik! Tak for jeres vedvarende indsats!

Lad mig endelig høre, hvis I har spørgsmål eller kommentarer til mit skriv eller Mads Skippers tekst nedenfor.

Jeg vil gerne opfordre til, at UAO selv informerer egne uddannelseslæger. Hvis I modsat ønsker, at jeg skal informere uddannelseslægerne samlet, må I meget gerne sige til.

Kære uddannelseslæge på RH Horsens

Covid-19 har medført, at dit uddannelsesophold ikke bliver helt, som du selv eller vi havde tænkt. Vi ser ikke de samme patienter, som vi plejer og nogle af vores uddannelsesfunktioner er sat på pause. Du har måske allerede erfaret, at du kan blive udlånt til anden afdeling end den, du er ansat på. Omvendt lærer vi noget helt andet og særligt af at være sammen om at håndtere den aktuelle Covid-19 situation, det bliver en læring for livet.

Som uddannelseslæge er der et stort spring fra KBU-læge til sidste års HU-læge!

Hvad betyder det for dig? Godkendelse af et uddannelseselement kræver fortsat **1) opfyldelse af tid** (maksimal 10 % fravær) og **2) opnåelse af minimumskompetencer**. Er dette ikke tilfældet, vil vi sørge for, at dit ophold bliver forlænget. Omvendt betyder det nok - *ud fra det, vi ved på nuværende -*, at en uddannelseslæge, der fx er ansat i afdelingen for kvindesygdomme og fødsler, men er under udlån i akutafdelingen i en periode op mod 6-8 uger, vil kunne få sit uddannelseselement godkendt, hvis vedkommende i slutningen af sit ophold har opnået det, der som minimum forventes og i øvrigt har overholdt tidskravet.

Hvordan ved du, hvordan det går for dig mht. kompetencer? Her er det vigtigt at være i dialog med din hovedvejleder og kliniske vejledere. Det er også vigtigt, at du selv er skarp på, at du fortsat skal modtage læring, imens vi drifter – også hvis du er i udlån. Udnyt ethvert krydspunkt – vær nysgerrig! Brug ISBAR, når du skal rådføre dig med en kollega. Husk at bede om kompetencevurdering, når mulighederne opstår – og husk at feedback skal være specifik begge veje. Dvs. ikke bare, at du gjorde det godt, men hvad du gjorde godt og hvorfor.

Hvis du er i udlån i anden afdeling, er det fortsat vigtigt, at du er i løbende dialog med din hovedvejleder. Hvis du har spørgsmål til dit uddannelsesophold skal du spørge din egen UAO. Er der særlige fokusområder, kan din UAO indgå særaftale med UAO i din udlånsafdeling.

Som uddannelseslæge bør du orientere dig på: <https://www.videreuddannelsen-nord.dk/>

Her kan du finde særskilt information om Covid-19 og din uddannelsesstilling. Herunder hvordan du indhenter kurser, som er blevet aflyst, og hvordan du håndterer ansøgning om autorisationer til selvstændigt virke og speciallægeanerkendelser ved udsatte kurser.

Du kan også søge mere generel information på nedenstående link:

Information fra Sundhedsstyrelsen <https://www.sst.dk/da/Viden/Smitsomme-sygdomme/Smitsomme-sygdomme-A-AA/Coronavirus/Spoergsmaal-og-svar>

Information fra Yngre Læger <https://www.laeger.dk/coronavirus-og-din-arbejdsplads>

Tak for din indsats!

Få dage efter fik vi sendt en fællesmail til alle uddannelseslæger om pandemiens mulige konsekvenser for deres uddannelsesforløb. Få dage efter fik vi sendt en fællesmail til alle uddannelseslæger om pandemiens mulige konsekvenser for deres uddannelsesforløb.

Udover at kunne være i udlån til covid-afsnit oplevede uddannelseslæger som øvrige ansatte, at elektiv aktivitet i ambulatorier og OP lukkede ned med betydelig tab af uddannelsespotentiale.

Af retningslinje af 18-03-20 fra Sundhedsstyrelsen fremgik, at almen praksis kan bistå sygehusene ved, at uddannelseslæger kan indgå i opgavevaretagelsen på sygehusene. På den baggrund indgik Region Midt en aftale med PLO-Midt, som muliggjorde, at de KBU-læger, der 1. februar skiftede fra akutafdelingen til almen praksis kunne "*hentes tilbage*" i beredskabsafsnittet i akutafdelingen de sidste 14 dage af april. For at sikre, at disse aftaler var baseret på frivillighed afholdte jeg telefoniske samtaler med både uddannelseslæger og deres praksistutorlæge efter at begge parter havde modtaget en mail, hvor ordlyden var forfattet af VUS.

Efterfølgende fik vi på samme vis mulighed for at forlænge uddannelsesaftaler til 31.5. for de KBU-læger, der efter oprindelige plan skulle skifte til almen praksis 30.4.

Vi nåede at afholde et LVR-møde i starten af marts før nedlukningen. Gennem foråret afholdte jeg og UAO'er virtuelle møder i marts, april og maj. Siden juni har vi igen kunne afholde LVR-møder fysisk under covid-forsigtighed.

Min oplevelse har været, at uddannelses teams har været gode til at monitorere konsekvensen af covid19 for uddannelseslæger. Det kunne dreje som om aflyste kurser, tid i udlån og gravide, som skulle arbejde i zoner med lav covid-risiko og hjemsendes fra 3. trimester.

I samarbejde med HR og VUS fik vi søgt dispensation ved Sundhedsstyrelsen om, at tid i udlån kan tælle for tid i egen afdeling for specifikke uddannelseslæger. Alle ansøgninger blev godkendt.

På grund af hygiejneregler om afstandskrav baseret på covid-forsigtighed har det været svært at gennemføre flere af de faste formelle uddannelses tiltag som morgenkonference med undervisning ude i afdelingerne og simulationstræning. Det har været en stor opgave for de enkelte uddannelses team at tænke i alternativer og nu at gradvis at sikre re-implementering af tidligere indsatser.

Da kurser i den lægelig videreuddannelse – herunder både de generelle kurser og forskningstræning, samt de specialespecifikke A-kurser – blev aflyst i april, maj og juni, har uddannelseslæger i efteråret skulle afvikle et kursuspukkel. På samme måde har UAO-kurset været skubbet og vejlederkurser for speciallæger været aflyste.

2.2 TRE-TIMERS MØDE

For tredje år i streg afholdte uddannelseslæger afdelingsvis *tre-timers møde* om eftermiddagen 16. september. To afdelinger valgte af logistiske årsager en anden dag. Mødelederne var klædt på til opgaven gennem et samarbejde mellem UKYL-netværket og UKO.

Temaet "Psykologisk sikkerhed" udsprang dels af årets indsatsområder *Sund fornuft tilbage i patientbehandlingen og opgør med nulfejlskultur* og dels af drøftelse i UKYL-netværket samt inspiration fra AUH.

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

UAOer og ledende overlæger var informeret om, at de kunne pålægge mødeleder at drøfte et område, som set fra deres side krævede et uddannelsesløft. Alle møder blev afholdt med tilbagemelding om godt udbytte. De indsatsområder, se afsnit 4.1.5, som blev identificeret på møderne fik tilkøbt en forandringsleder. Mødeleder evt. med følge af forandringsledere afholdte efter 3-timers mødet et møde med UAO og ledende overlæge med fokus på endeligt valg af indsatser. Forandringslederen for hvert indsatsområde blev tilbudt at deltage i Workshop i Forandringsledelse, se afsnit 2.3.

Når et team har høj grad af psykologisk sikkerhed, skaber det gensidige positive forventninger til, at andre teammedlemmer har gode intentioner og handler for teamets fælles interesser.

Et psykologisk sikkert arbejdsmiljø muliggør forskellige slags tænkning, kreativitet og risikovillighed og motiverer til udforskende og udviklende læring. (Edmondson and Lei 2014).

Velkommen til 3-timers møde 2020

Psykologisk sikkerhed

- hvilke muligheder ser I, der er for i fællesskab at understøtte den psykologiske sikkerhed og dermed styrke det trygge uddannelses- og læringsmiljø på RH Horsens?

Figur 4 Tema for 3-timers møde 2020.

2.2.1. Psykologisk sikkerhed

Amy Edmondson, som er professor ved Harvard Business School har defineret en *psykologisk sikker arbejdsplads* som et sted, hvor man *føler sig fri til at dele idéer, fejl og kritik*. Det er dermed først tilstede i et læringsmiljø, når alle også uddannelseslægerne kan føle os sikre på, at de ikke vil risikere at blive ydmyget, hvis de foreslår en alternativ udredning eller behandling, eller hvis de udtrykker bekymring eller påpeger fejl. Alle i afdelingen har indflydelse på, om afdelingen lykkes med at have psykologisk sikkerhed, og afdelingsledelsen har et særligt ansvar.

Psykologisk sikkerhed er tilstede, når kulturen forventer af os, at vi deler idéer, spørgsmål, bekymringer og fejl i det daglige arbejde om patienten. Psykologisk sikkerhed fremmer en SPEAK-UP kultur, hvor vi deler input, som vi kan lære af, og som kan gøre os dygtigere – nogle gang øges patientsikkerheden herved. Medarbejdere i psykologisk trygge arbejdsfællesskaber er mere tilbøjelige og villige til at søge hjælp, stille spørgsmål, efterspørge feedback og sige deres mening. Derfor har oplevelsen af psykologisk tryghed betydning for det daglige samarbejde, herunder kvalitet i patientbehandling, medarbejdertilfredshed, håndtering af forandringer, evnen til at lære af fejl og bidrage til innovation. Psykologisk sikkerhed hjælper

os med at blive den bedste udgave af os selv. Negative oplevelser har langt større tyngde end positive oplevelse – populært siges, at vi er udstyret med velcro i forhold til negative oplevelser og teflon i forhold til positive. Oplever vi noget negativt som at blive set ned til eller at stå alene med en oplevelse af inkompetence - trues den del af hjernen, der kaldes amygdala. En truet amygdala medfører et stressrespons, som gør os tunnelsynet. Oplever vi i stedet mestring, vil vores kognitive kapacitet øges og vores handlingsrepertoire udvides. Det er lettere at opleve mestring i et miljø præget af psykologisk sikkerhed.

Psykologisk sikkerhed har også stor betydning for nye uddannelseslægers udbytte af introduktion og læringsmuligheder generelt. Uddannelseslæger kan mærke, når en ny afdeling er gennemsyret af, at det er ok at spørge, og at fejl er noget, der snakkes om og læres af.

Når en afdeling er gennemsyret af psykologisk sikkerhed ved man, at en konstruktiv feedback alene har det formål at gøre hinanden bedre. Det vil sige, at psykologisk sikkerhed hjælper os med at være i et growth mindset. Det hjælper os til at få et mindset som idrætsudøveren, der er vild med konstruktiv feedback og kan opleve sig *opgivet*, hvis coachen ikke har noget at sige.



Figur 5 Growth mindset versus fixed mindset af Carol Dweck

2.3 WORKSHOPS I FORANDRINGSLEDELSE

Efter 3-timers mødet blev der afholdt to workshops for de valgte forandringsledere, som i mellemliggende periode fik tilbudt individuel sparring ved UKO, som også var underviser på workshops, se tabel 2.

3-timers møde 16. september:

Møde med uddannelsesteam og ledende overlæge

Workshop 1: 1. eller 10. oktober

Coaching v. UKO

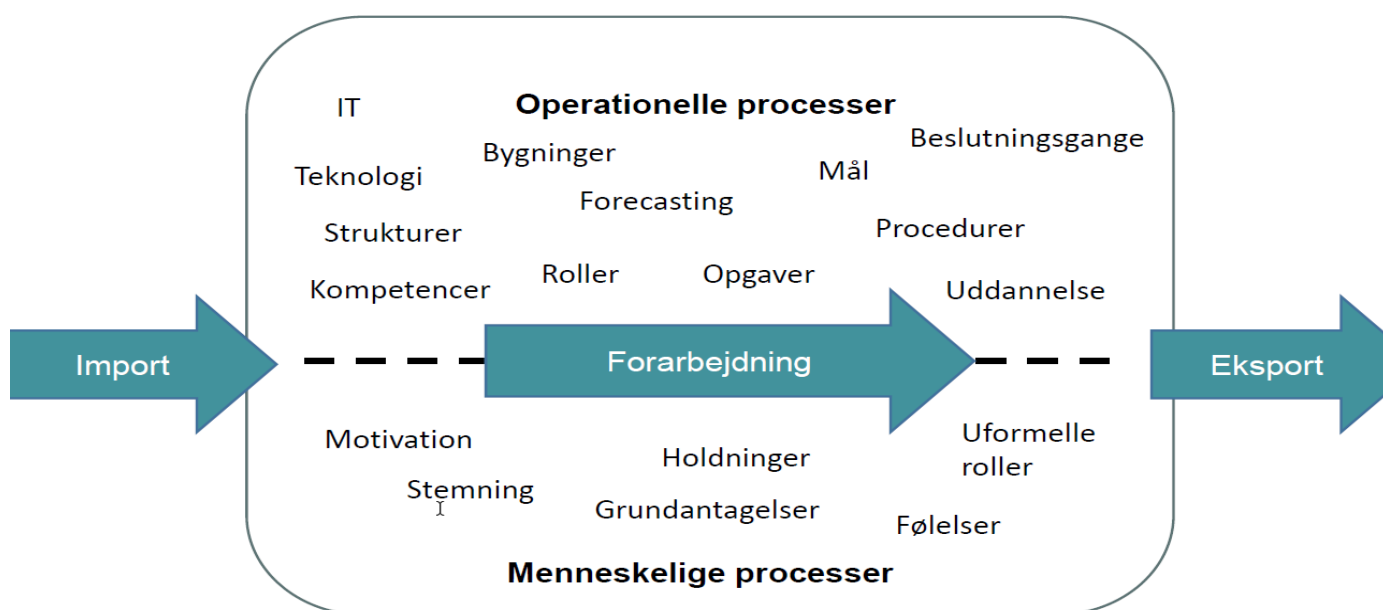
Workshop 2: 22. oktober

Tabel 2 Træningsforløb for forandringsledere

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

2.3.1. Indhold i workshops

Workshop i forandringsledelse skal give os en forståelse af, hvad der er på spil, når vi implementerer nye tiltag. En forandring kan være at flytte os (organisationen) fra A til B. Først er det vigtigt at forholde sig til baseline, hvad kan A? Tror vi stadig på, at det er bedre at komme til B? Hvad er et realistisk mål for B? Når vi har besluttet os for, at B er bedre end A, skal vi overveje, hvilke sideeffekter denne forandring vil have. Det kan være, at det vurderes, at en sideeffekt er så indgribende, at det taler imod at flytte organisationen fra A til B. Andre gange kan det vurderes, at sideeffekten er acceptabel, og analysen har medført, at arbejdsgruppen har en særlig opmærksomhed på også at evaluere sideeffekten under prøvehandlingen.



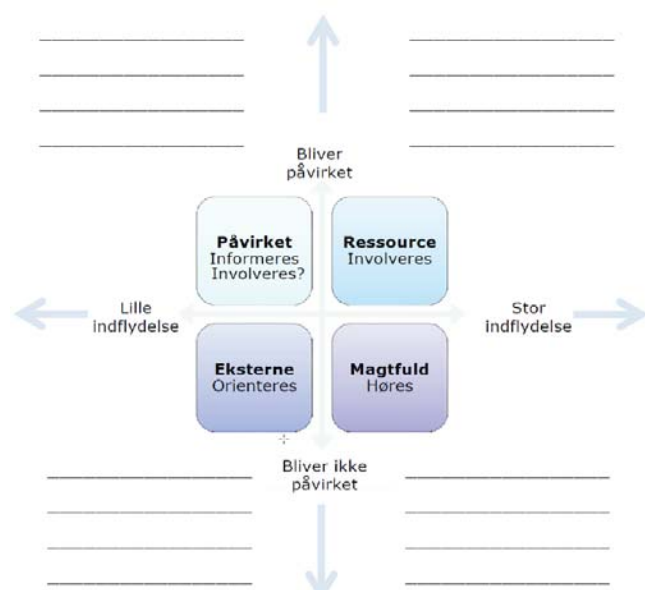
Figur 6 Illustration af processer, der kan interagere med en forandring.

Hvis vi gerne vil, at hele organisationen skal nå frem til B, er det vigtigt, at forandringslederen får etableret en relevant arbejdsgruppe. En relevant arbejdsgruppe vil ofte bestå af repræsentanter for de interessenter, som påvirkes af forandringen og samtidig har stor indflydelse, se figur 7. Den bagvedliggende refleksion kaldes en interessentanalyse.

En fordel ved en arbejdsgruppe er, at det bliver mere sandsynligt, at flere vigtige perspektiver tænkes ind i analysen, som skal danne baggrund for valg af indsatser, se figur 8. Hvis man i stedet vælger at håndtere forandringsprocessen alene (ofte fordi man af et godt hjerte gerne vil spare organisationen for investering af andres tid), kan man risikere at planlægge en strategi, der primært flytter dem, som ligner og tænker som én selv.

En anden fordel ved en arbejdsgruppe er, at B for arbejdsgruppens medlemmer *mere sandsynligt* opleves som et attraktivt sted at flytte til. De får ejerskab til det nye sted. Flytningen eller forandringen giver bedre mening for dem, og de er på forkant. Rogers (diffusion and innovation), som arbejder med forandringsparathed, vil

sige, at når 16% af en organisation har flyttet sig, så skal de øvrige nok følge efter. Har man dermed allerede flyttet fire kolleger ud over sig selv, er forandringen godt på vej til at få en chance for at lykkes.

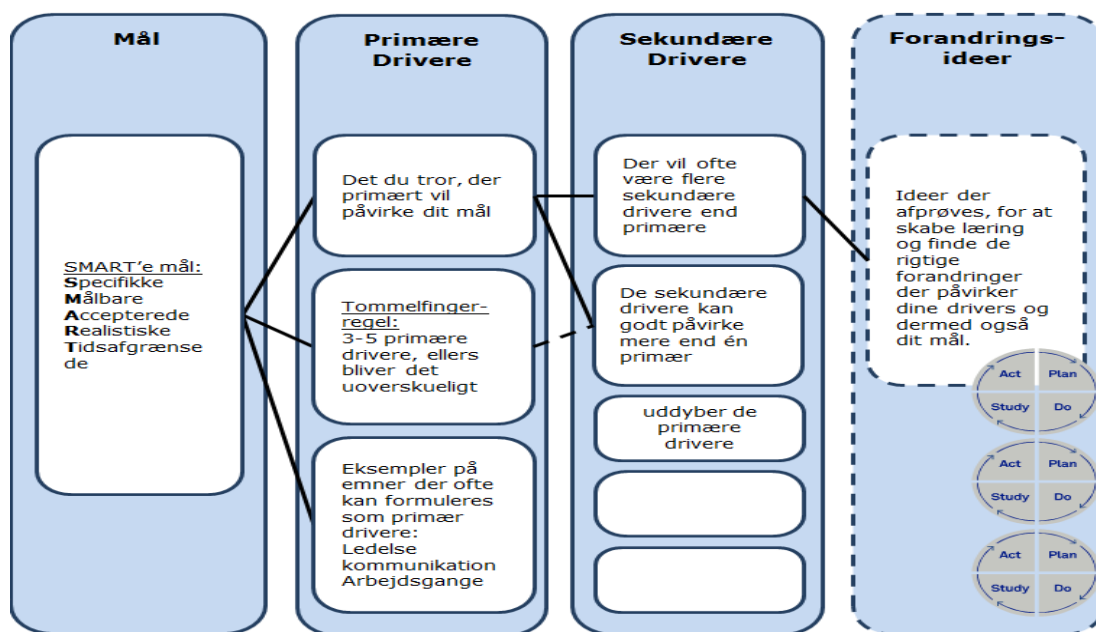


Figur 7 Interessantanalyse



Figur 8 Forskellige interessenter har forskellige perspektiver

Driverdiagrammet hjælper med at holde overblik over forandringsprojektet. Det er et visuelt billede af, hvad arbejdsgruppen i fællesskab har analyseret sig frem til. Det betyder, at driverdiagrammet kan forsimple en kompleks virkelighed, som kan synliggøre sammenhæng mellem mål og drivers, fastholde fokus på, hvor arbejdsgruppen er i processen og skabe motivation ved at synliggøre den enkeltes rolle.



Figur 9 Driverdiagram

Det vil sige, at driverdiagrammet primært er et kommunikativt værktøj. Første kolonne i driverdiagram rummer et SMART mål. Kriterier for et SMART mål fremgår af Tabel 3. Hvis indsatsen er at implementere checkliste for oplæring af KBU-læger i skadestuen kan et SMART mål være "for at øge psykologisk sikkerhed i

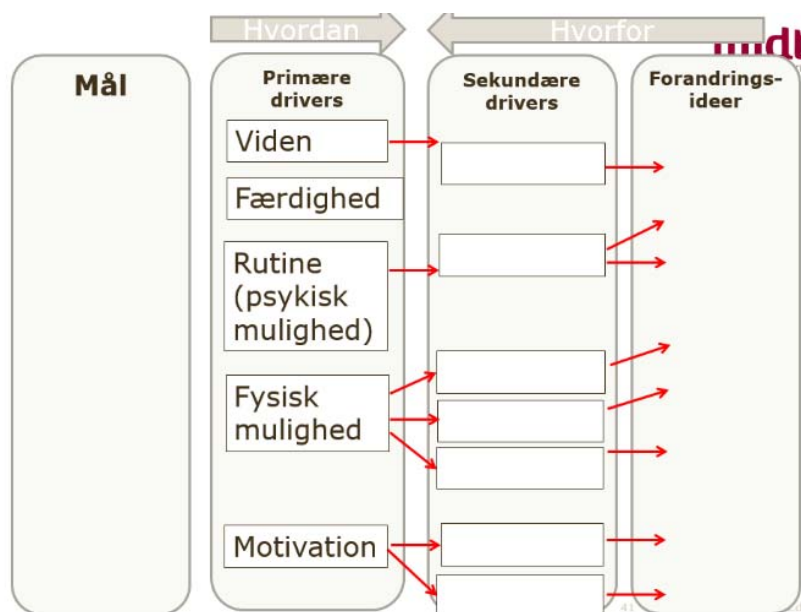
skadestuefunktionen skal 90% af KBU-læger i akutafdelingen inden for første 6 uger have gennemgået alle punkter på ny checkliste inden 1.2.2021."

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

Tabel 3 Betydning af et SMART mål

Primære drivere findes ved at spørge: "Hvordan" når jeg mit mål?

Susan Michie fandt i sit arbejde med at udvikle forandringshjulet "Behaviour Change Wheel", at hvis man skal ændre sundhedsprofessionelles adfærd, er det vigtigt at adressere både capability (viden/færdigheder), opportunity (psykisk (norm) og fysisk mulighed (rum, tid, ressourcer) og motivation (refleksiv og automatisk). De tre hovedelementer er ofte relevante at drøfte som primære drivere. Sekundære drivere kan findes ved at spørge "Hvordan" til de primære drivere, dermed er en sekundær driver en udfoldning (en mere konkret oversættelse) af en (eventuel to) primær driver(e).



Figur 10 Driverdiagram med Susan Michie's primære drivere

Adfærdsdesigner Morten Münster, som har forfattet bogen *Jytte fra Marketing er desværre gået for i dag*, beskriver mennesket som irrationelt, mennesket handler langt fra altid, som vi forventer. Det understøtter, at forandringen skal afprøves i rette kontekst, før man udruller til large scale. Det gør, at en indsats relativ omkostningsfrit kan justeres, hvis den ikke viser at forbedre som tiltænkt. Når ressourcer er knappe, skal vi bruge tiden og

hinandens båndbredde på de rette indsatser.

På workshopen arbejder vi også med at håndtere modstand. Når mennesket præsenteres for noget nyt, er det helt naturligt at føle uro, særligt når konsekvenserne af det nye er ukendte eller uoverskuelige. I stedet for at se modstand som et problem, så kan vi se det som en ressource og som et tegn på, at sagen er vigtig for vores kolleger. Nøglen til at komme videre ligger ofte i dialog med de kolleger, som viser modstand. Nogle gange kan modstand skyldes, at kollegaen har et særligt ejerskab til A og har svært ved at give slip på det. Andre gange kan årsagen være, at B ikke giver mening. Det er vigtigt at lytte til argumenterne for dette frem for at forklare, hvorfor B er et bedre sted end A.

På dag 2 i workshopen arbejder vi med, at vi er forskellige og kan byde ind med forskellige kvaliteter. Vi snakker om forskellige præferenceprofiler og arketyper. Vi snakker om ledelsesstile og råd til forandringslederen:

Råd 1: Vær dig selv.

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

Råd 2: Vær ærlig.

En løgn eller undladelse kan have en høj pris.

Råd 3: Vær strategisk.

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

Råd 4: Inddrag kolleger i relevante beslutninger.

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

Råd 5: Gå foran i ord og handlinger.

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

Råd 6: Bidrag til en tillidsfuld kultur.

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

Råd 7: Formidl med omhu.

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

Råd 8: Giv retning.

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

Råd 9: Vær nysgerrig på modstand.

Afkod, forstå og anerkend andres reaktioner med en undersøgende tilgang. Vær åben over for feedback - måske har din analyse og tilgang været forkert. Medarbejdere kan give værdifuldt input til processen. En kritisk kollega kan føle sig hørt og kan måske i stedet blive en vigtig medspiller for forandringen.

Råd 10: Fejr succeser.

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

Råd 11: Vær vedholdenhed.

Gentag, giv ikke op

Råd 12: Prøv af i lille skala.

Du kender først interaktionen med øvrige menneskelige og operationelle processer, når du har gjort det. Det betyder, at forandringsarbejde er kontekstafhængig og kan ikke planlægges fra skrivebordet.

Symposium i Forandringsledelse

Lægelig Videreuddannelse i samarbejde med Kvalitetsenheden RH Horsens

Onsdag d. 2. december 2020 i Auditoriet 15.30-18

Alle faggrupper er velkomne.

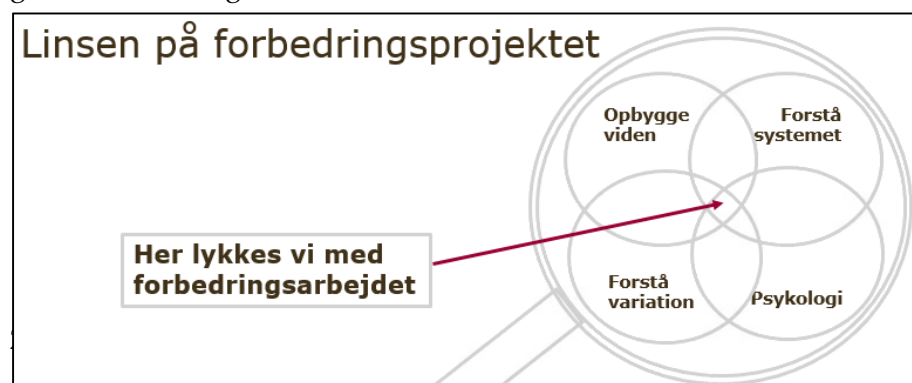
Tilmelding til sandwich på mail til bertof@rm.dk

Program:

- | | |
|-------------|--|
| 15.30-16.15 | Hvordan kan kvalitetsenheden bidrage til forandringsprocesser i samarbejde med klinikerne.
<i>v. Helle Lindkvist Kjeldsen, Kvalitetschef RH Horsens</i> |
| 16.15-16.25 | Pause |
| 16.25-16.45 | Hvad er vigtigt, når vi skal lykkes med et forandringstiltag?
<i>v. Berit Skjødeberg Toftegaard, uddannelseskoordinerende overlæge</i> |
| 16.45-17.30 | Forandringstiltag med mål at forbedre psykologisk sikkerhed
Optimering af psykologisk sikkerhed i skadestuen v. Line Weisbjerg Christensen
Invers feedback som værktøj til øget læring v. Marie S. Worm og Janne Minet
Etablering af trivselsmødeforum for KBU-læger v. Anne Mohr Drewes
Optimering af teamsamarbejde i zoner v. Julie Bjerg Christensen
Tiltag for at styrke psykologisk sikkerhed v. Ina Marie Dueholm og Charlotte Bodin |
| 17.30-18.00 | Fælles afslutning med sandwich og vand i kantinen |

Figur 11 Program for Symposium i Forandringsledelse

Kvalitetschef Helle Lindkvist Kjeldsen gennemgik blandt andet Deming's System of profound knowledge. Hun opfordrede til at huske alle elementer, da det vil øge sandsynligheden for at lykkes. Vær opmærksom på dine blinde spots. Vi har ofte særlige kompetencer og interesse for et element, det kan medføre, at vi glemmer de øvrige.



Figur 12 Deming's system of profound knowledge

Fjorten forandringsledere deltog i workshops. Ud af dem deltog syv med oplæg i symposiet. Det har været valgfrit for oplægsholderne om, de havde lyst og mulighed for at lave en video, hvor de fortalte om forandringsprocessen:

Se videoerne her:

Julie Bjerg Christensen, KBU Akutafdelingen

<https://region-midtjylland.23video.com/secret/66690411/d772365d265a5310183aaa0bf4d71e2f>

Line Weisbjerg Christensen, KBU Akutafdelingen

<https://region-midtjylland.23video.com/secret/66260862/fa844bb2aaa0fe02be28bd30cb210b21>

Anne Mohr Drewes, KBU Akutafdelingen

<https://region-midtjylland.23video.com/secret/66232801/b5534adb20c473808f91faea5223c3de>

Jeg har også lavet en video, hvor jeg fortæller om dele af workshoppen. Jeg har kaldt oplægget: *Hvad er vigtigt, når vi skal lykkes med et forandringstiltag.*

<https://region-midtjylland.23video.com/secret/67165090/329e806fcad8be50a80369b69ff9bf6b>

Nedenfor ses udklip fra deres oplæg til symposiet.

2.4.1 Optimering af psykologisk sikkerhed i skadestuen v. Line Weisbjerg Christensen

Målet er at opnå en bedre oplæring og tryghed i skadestuen som ung læge.

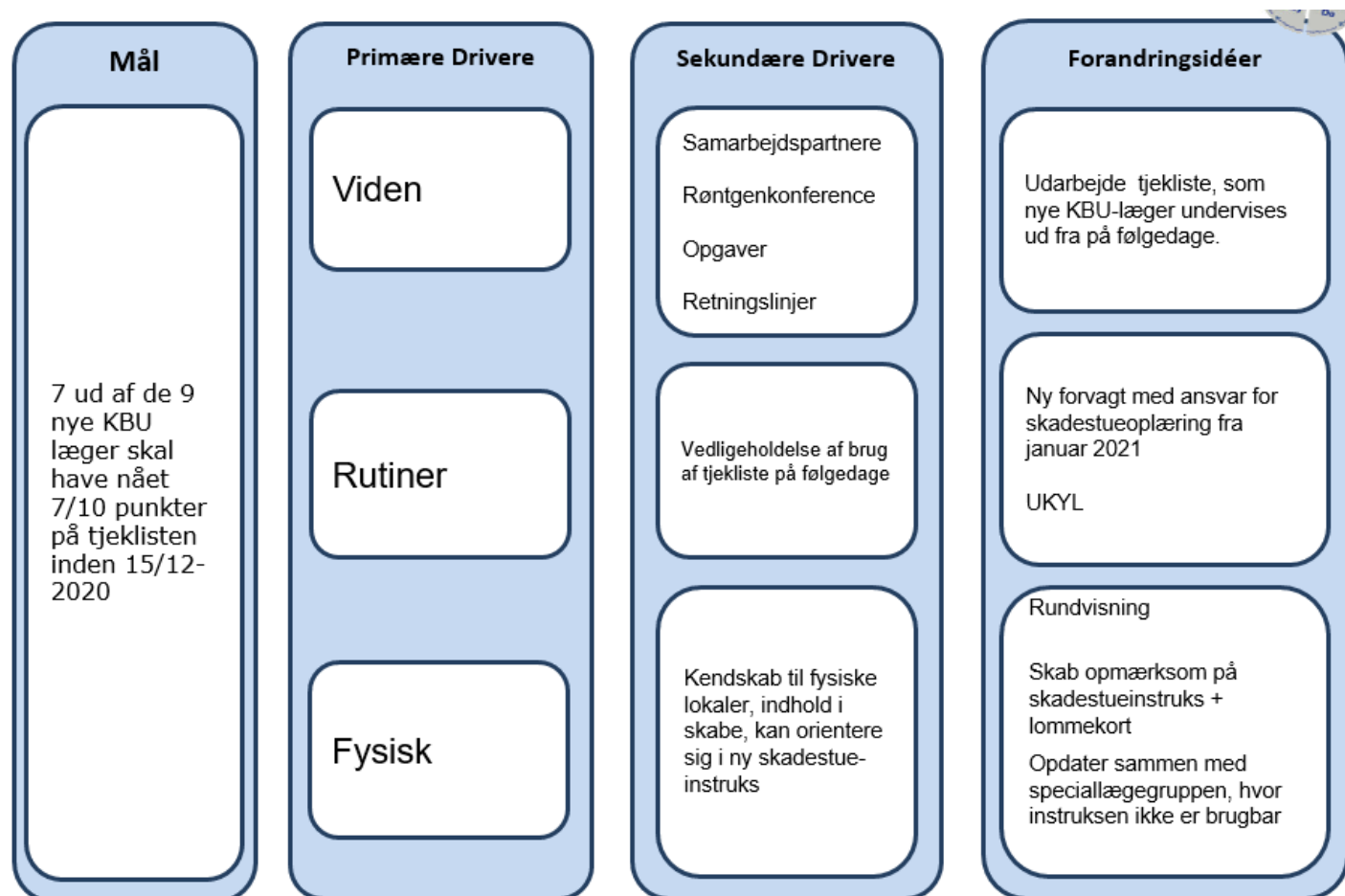
Målet har været svært at koge ned til et præcist målbart resultat.

Når det er sagt, er der dog kommet mere fokus på skadestuen blandt kollegaerne på akutafdelingen, hvilket udtrykker sig ved at vi snakker mere om det i det daglige.

Jeg er i gang med et delmål, nemlig at opdatere skadestueinstruksen, hvor jeg indsamler ændringer/spørgsmål via mail fra kollegaer. Der er desuden blevet udarbejdet en tjekliste til oplæring i skadestuen.

Forandringsleder Line Weisbjerg

- KBU-læger oplever sig ofte alene med mange patienter og en manglende supervisor ifht. at diagnosticere og behandle.
- Forandringsidé:
 - Tjekliste til følgevagt
 - Opdatering af skadestueinstruksen (Edok)



Tjekliste til skadestue-oplæring

Tjekliste til følgevagts i skadestuen
Horsens Akutafdeling

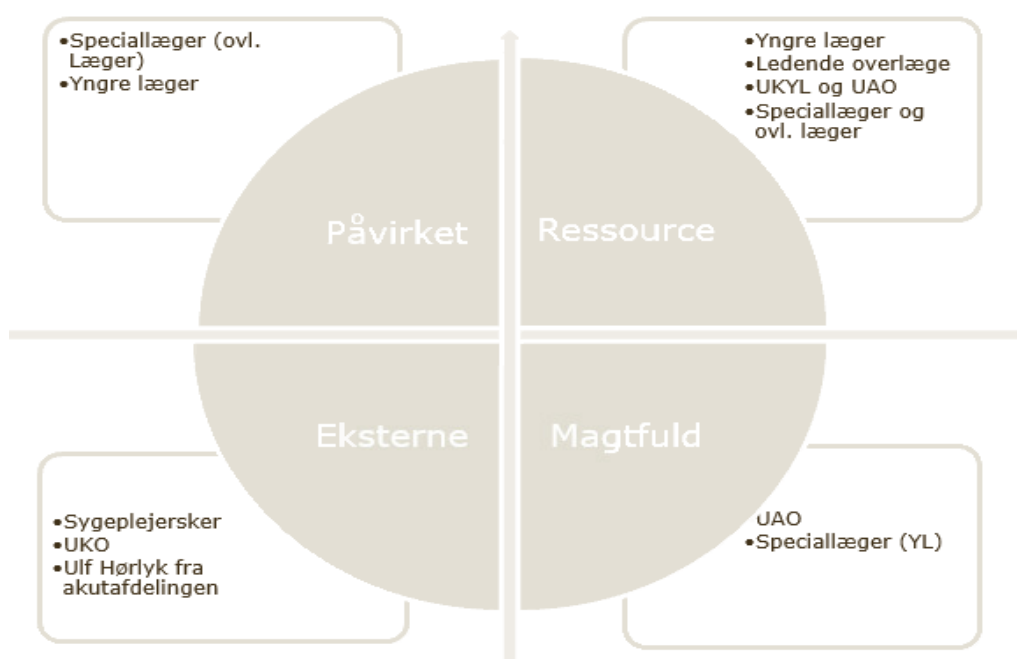
Samarbejdspartnere og intro til deres kompetencer samt hvornår de er i skadestuen	Sygeplejerske Behandlersygeplejerske Ortopædkirurgisk SSP - Ortopædkirurgisk mellemvagt - Fysioterapeut - Akut BV eks. er på OP, traumekald eller andet.	Hele døgnet Spørg i vagten Kl.8-18 alle hverdage kl.18-23 kl.11-17 (weekend: 10-16) Hele døgnet, hvis SSP og or to MV	
Røntgenkonference	- Hvorhenne - kl.8.30 (torsdag kl.9.00) - Styre PC med liste 'Epikriser ikke færdige' efter efternavn - Skriv på papir omkring ændringer - Ring til patient + dikter ændringer i plan (skade med røntgen) - Informere om at alle røntgenbilleder+planer ses igennem næstkommende hverdag		
Skadeskompendiet	- Vise hvad man kan slå op her: undersøgelse af led, hovedskader, behandling, mm. - Forklare at dette er gældende retningslinje		
Lomme kort/Mini Skadestuekompendie	- Vise hvad man kan slå op her: undersøgelse af led, suturvalg, mm.		
Skade kort	- Introduktion - Skabelon til at diktere efter		
Blå sedler "Henvisning orto amb"	- Hvornår skal de udfyldes - Hvordan udfylder man det		
Skabe med remedier	- Sutursæt - Øjenbakke - ØNH bakke		
Diagnosemanden	- Alle forløb skal have en diagnosekode - Husk + TUL		
Suturering	- Lokalbedøvelse: hvordan, hvor meget - Hvilken suturstørrelse - Rensning af sår: sygeplejerske - Behov for Tetanus booster - Behov for antibiotika (se Skadestuekompendiet)		
Undersøgelse af patient	Udvælg en simpel patient til at starte med og tag den sammen - Følg skadeskortet - Evt. slå op i Skadestuekompendiet om hvordan leddet undersøges		

Se og hør mere på videoen: <https://regionmidtjylland.23video.com/secret/66260862/fa844bb2aaa0fe02be28bd30cb210b21>

2.4.2 Invers feedback som værktøj til øget læring v. Marie Worm og Janne Minet

De yngre læger ønsker mere konstruktiv supervision i hverdagen

- Forandringside: Invers Feedback (IF)
- Analyse:
 - Praktisk: Hvordan? Tid? Hvem skal have feedback? Hvem giver feedback?
 - Socialt/kollegialt: Modstand? Fra hvem? Hvorfor?
 - Speciallæger og overlæger ikke fået feedback i lang tid = utrygt og sårbart? Kan ramme personlighed og faglighed i stedet for supervisor rolle.
 - Ledelsen: tidskrævende?



Mål	Primære drivere	Sek. drivere	Forandringsidéer
At afholde invers feedback 2-4 gange årligt parallelt med vejledermøde	Viden	Ved folk hvad IF er?	Undervisning i IF
	Færdighed	Giver vi ordentligt feedback? Hvordan giver man god feedback?	Undervisning i feedback – den gode feedback
	Mulighed Rutine	Hvordan forankres det? Hvornår?	Afholdelse sideløbende med vejledermøde
	Motivation	Hvordan minimerer vi usikkerhed i feedback situationer (både for giver og modtager)?	Prøvehandling mhp. analyse af evt. problemer samt udformning af IF for kir afd.

2.4.3 Etablering af tryghedsforum for KBU-læger v. Anne Mohr Drewes

Se og hør mere på videoen: <https://regionmidtjylland.23video.com/secret/66232801/b5534adb20c473808f91faea5223c3de>

Forvagtsforum

På 3-timers mødet var et af initiativerne til at forbedre den psykologiske sikkerhed at lave et tryghedsforum. Her skal KBU'erne kunne vende den svære såvel som den gode patientoplevelse i et trygt forum.

Der vil være superviseret debriefing blandt KBU-lægerne af en speciallæge med særlig interesse for området.

Formålet er at gøre overgangen fra stud. med. til læge nemmere og at øge **trygheden** i starten af lægelivet.

Det bliver en super mulighed for os de yngste læger til at få trænet "lægekunsten" og komme godt fra start.



Forandringsleder Anne Mohr Drewes

Format

- Supervisor
- 3 led:
 - 1) En fortæller om patientoplevelse
 - 2) 2 og 2 om dårlig oplevelse
 - 3) 2 og 2 om god oplevelse

Formål

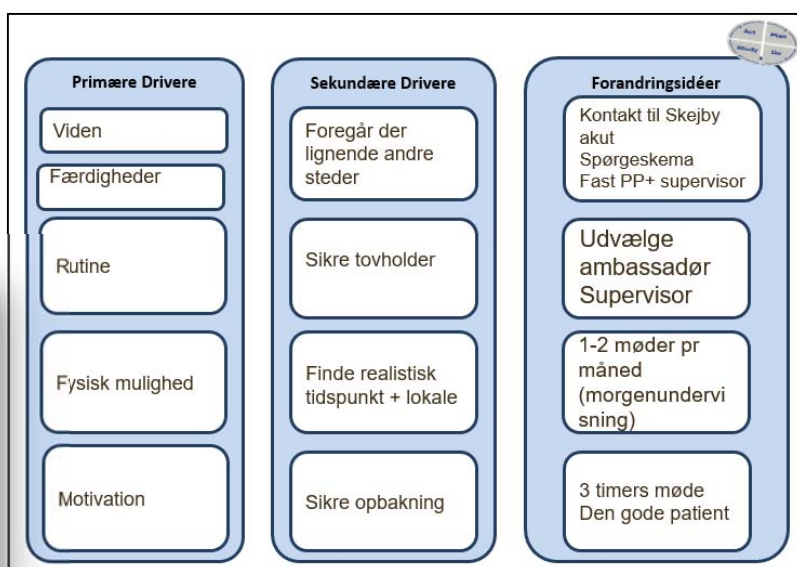
- Åbenhed om fejl
- Forbedre overgang fra studerende til læge
- Forbedre kommunikation



Øge trygheden

Smart mål

- Før 15.01 2021:
 - 2 nye ambassadører har lyst til at overtage opgaven inden 15.01
- Før 01.02 2021
 - 80 % har forberedt sig med cases
 - Ved hver afholdelse skal 80 % af KBU'erne møde op



2.4.4 Optimering af teamsamarbejde i zoner ved Julie Bjerg Christensen

"De yngre læger på akutafdelingen ønsker mere ro, struktur og ensartethed i den kliniske hverdag!" Se og hør mere på videoen: <https://regionmidtjylland.23video.com/secret/66690411/d772365d265a5310183aaa0bf4d71e2f>

De oplever

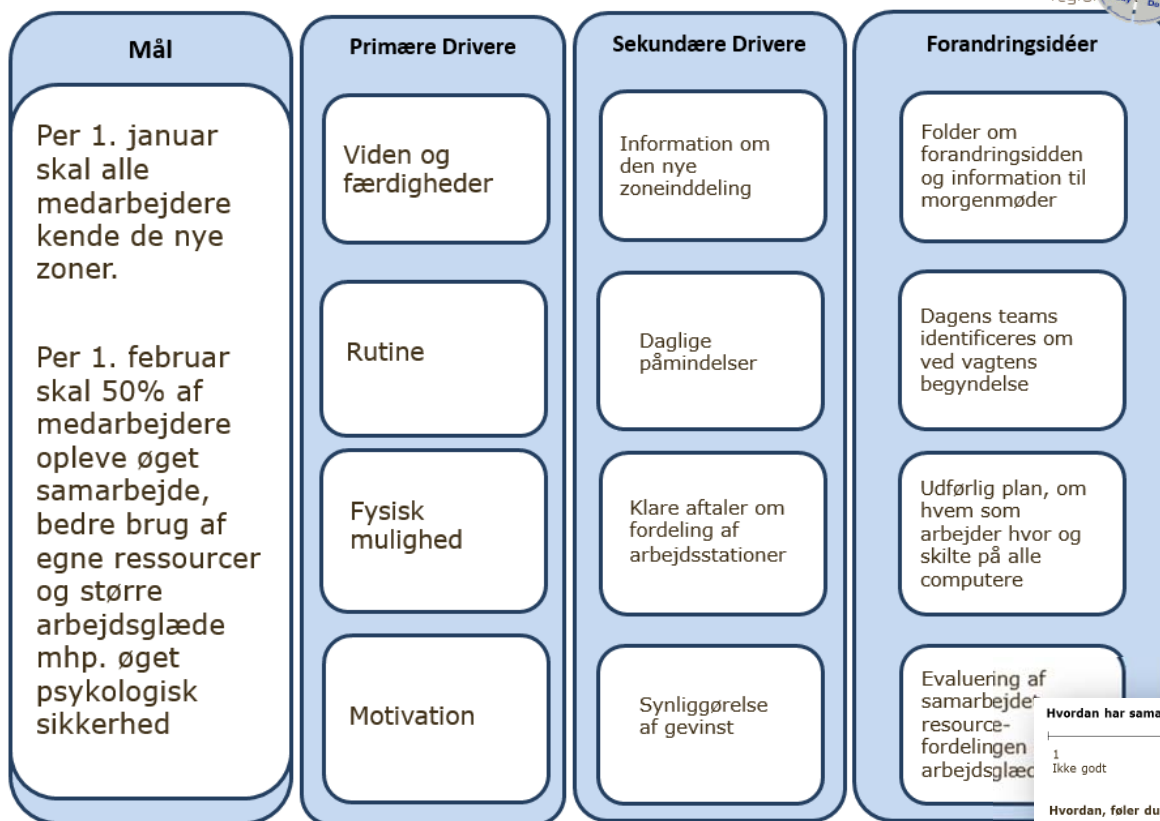
- Meget larm og uro på kontorerne
- Problemer med at finde en arbejdsstation
- Manglende klarhed over hvem, som superviseres af hvem



Forandringside: Inddeling af akutafdelingen i mindre zoner, hvor de samme læger og sygeplejesker arbejder sammen i teams hele dagen



Arbejdsgruppe:
KBU-læge Julie
UKYL Mette
Sygeplejerske Nanna & Pernille
Ledende overlæge Ulf



Hvordan har samarbejde i dit team været i dag?

1 Ikke godt 10 Rigtigt godt

Hvordan, føler du, at din resource er blevet brugt i dag?

1 Ikke godt 10 Rigtigt godt

Hvordan har din arbejdsglæde været i dag?

1 Lav 10 Høj



Team-samarbejde

Hvad ønsker vi? At vi får en arbejdsplads, hvor rammerne for vores uddannelse bliver endnu bedre.

Hvorfor? For at øge arbejdsglæden i akutafdelingen, hvor arbejdsmiljøet er sundere, roligere og mere overskueligt, så man kan få den bedste uddannelse.

Hvordan? Der er lavet en projektgruppe bestående af forandringslederen Julie, UKYL Mette og 2 sygeplejersker.

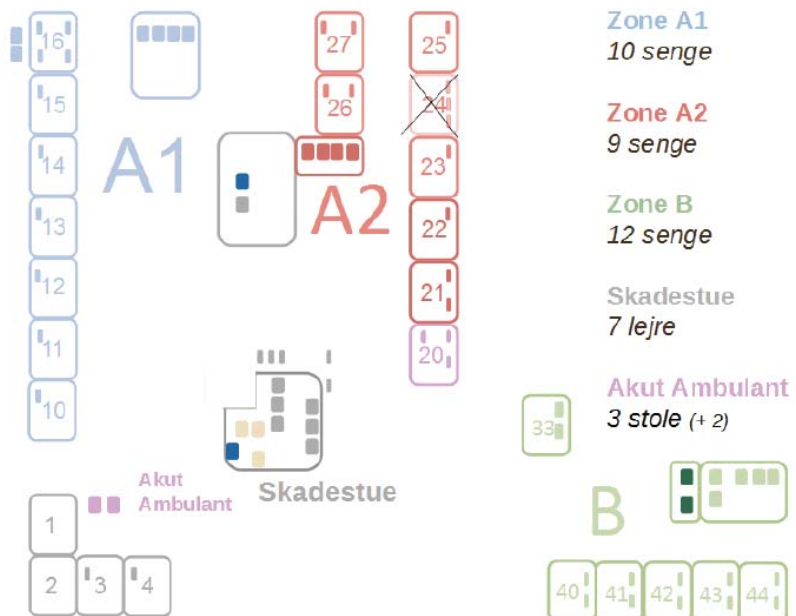
Hvilken betydning får det? En strukturændring af denne karakter med implementering af team-samarbejde på tværs af faggrupper kræver en indsats af alle – også dig! Projektgruppen har brug fra din opbakning ved, at du sætter dig ind i projektet, når yderligere oplysninger sendes ud, at du tager ja-hatten på, når team-samarbejde implementeres i afdelingen og ikke mindst at du giver feedback, så projektet løbende kan forbedres.

Hvornår? Team-samarbejdet implementeres pr 4. januar 2021 og startes som en "forsøgsuge", hvorfor strukturen fortsætter.

Forandringsleder Julie Bjerg Christensen

Den nye zoneinddeling

Zoneinddelingen som bliver en realitet pr. 4. januar. Alt personale vil modtage særskilt mail/information om forandringstiltaget. Dette er blot en appetizer.



Zone A1

- Stue 10-16 = 10 senge
- Bagvagt og mellemvagt
- Kontor på gang 1
- Iso.- og kir.-patienter

Zone A2

- Stue 21-27 = 9 senge
- Mellemvagt og forvagt
- Kontor på gang 2
- Mindre dårlige patienter

Zone B

- Stue 33-44 = 12 senge
- Bagvagt og forvagt
- Kontor på gang 4
- Ikke isolerede patienter

2.4.5 Bedre psykologisk sikkerhed i arbejdet med de nyfødte børn v. Ina Marie Dueholm og Charlotte Bodin

- **Problem:** Forvagter kan opleve at stå alene med nyfødte børn som er dårlige og mangle én at dele ansvaret med, da neonatal bagvagter kun er med på telefonen.

Er det vigtigt?

- Ja!
- Ønske: inddrage bagvagter i arbejdet med nyfødte i højere grad og sikre klar ansvarsfordeling.

▪ **Analyse:**

Behov for mere fokus på arbejdet med børnene, som fylder meget for FV, men ganske lidt for BV.

Er bagvagterne interesserede i at blive inddraget og har de tiden?

Er det muligt at forbedre samarbejdet mellem jordemødre – sygeplejersker på mor/barn – anæstesi – neo-BV – gyn forvagt – gyn BV?

Er ansvarsfordelingen klar? Forvagter skal vide hvem de skal og kan spørge.

Specifikt:

3 måneders "prøveperiode".

Bagvagter kaldes til alle dårlige børn og overflyttelser, vurderinger af børn.

Diskussion af børn på morgenkonf. hver gang der har været overflytning

Udspecificering af ansvarsfordeling i e-dok

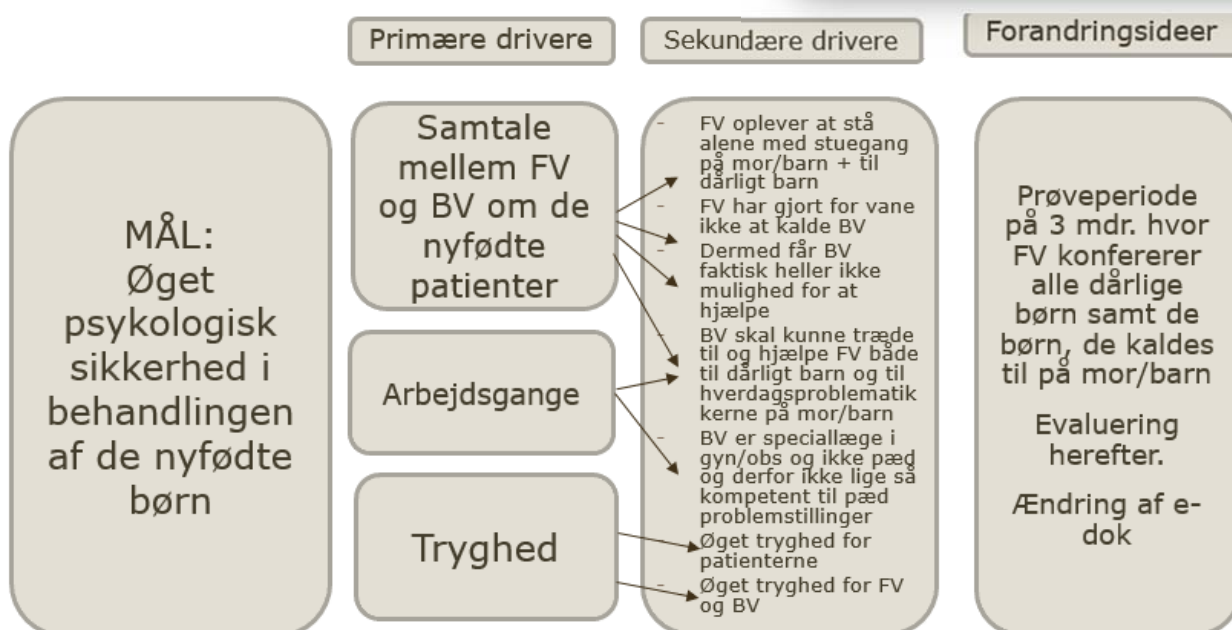
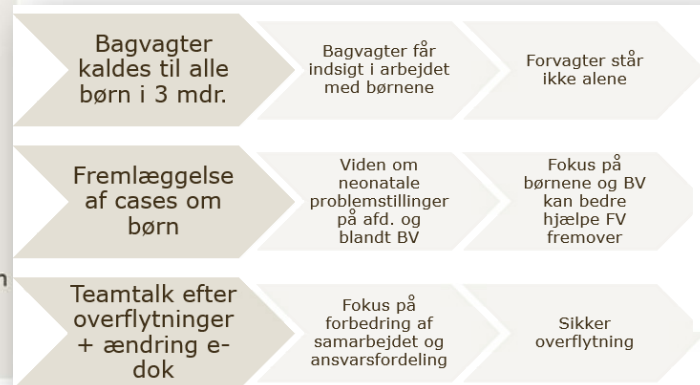
Team-talk efter overflyttelser

Målbart: evaluering efter 3 mdr. (kvalitativt)

Attraktivt: Psykologisk sikkerhed for forvagt, bagvagt, og afdelingen

Realistisk: ja

Tid: 3 mdr.



2.5 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 uddannelsesteams, hovedvejledere og uddannelseslæger. Siderne bliver løbende opdateret og justeret.

I 2019 fik vi en *knap* (se rød cirkel nedenfor) på intranet-forsiden, der *let* leder os direkte til siderne på hjemmesiden.



Som noget nyt har UKYLERne fået deres egen side med værktøjer. Derudover er afsnittet om vejledning udbygget med funktionsbeskrivelse til hovedvejleder. Evaluer.dk er udbygget med dialogværktøjet, som kan anvendes, hvis evaluer.dk integreres i de formelle vejledersamtaler.

Under fanebladene for klinisk basis uddannelse, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse fremgår nederst two-pages beskrivelser af kurser, som også beskriver hovedvejleders opgave før og efter kursus.

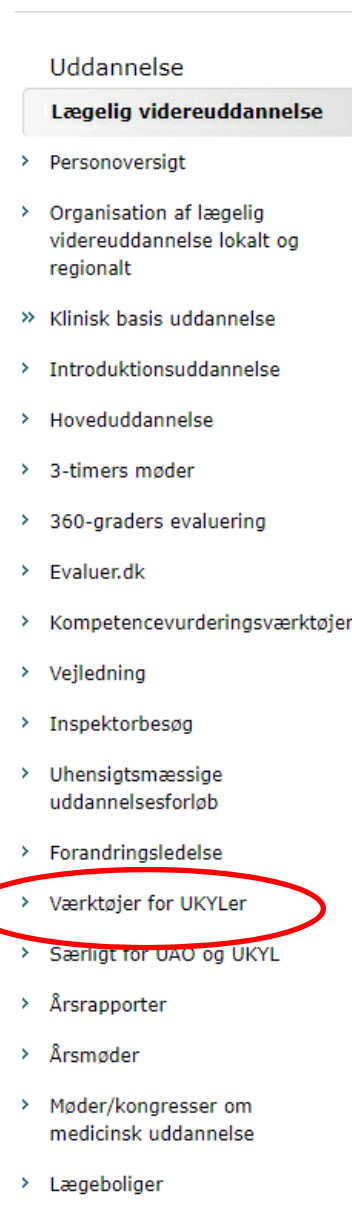
I basisuddannelsen er der 3 generelle kurser, hvor deltagelse er obligatorisk.

1. Det generelle kursus i akut kommunikation, behandling og transport. [Læs her om din forberedelse til kurset og inddragelse af din hovedvejleder](#)
2. Læringskursus. [Læs her om din forberedelse til kurset og inddragelse af din hovedvejleder](#)
3. Kursus i kommunikation for KBU-læger. [Læs her om din forberedelse til kurset og inddragelse af din hovedvejleder](#)

Tilmeldingen til kurserne sker automatisk og du får besked om tid og sted direkte fra kursusudbyder. Du skal medbringe logbog til dokumentation af godkendt kursus.

Så snart kursusdato modtages skal du sikre sig, at afdelingen er informeret om dit fravær med løn.

Yderligere oplysninger om de generelle kurser kan findes på: <https://www.videreuddannelsen-nord.dk/klinisk-basisuddannelse/obligatoriske-kurser-kbu/>



Figur 13 Print-screens af hjemmesiden for RH Horsens

2.6 LOKALE KURSER I VEJLEDNING OG FEEDBACK

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

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

Fra efter 2021 tilbydes et endags kursus med titlen *Vejledning og Feedback – Hvordan tager du medansvar for andres læring i klinikken* målrettet læger, der tidligere har været på vejlederkursus for speciallæger.

Derudover tilbydes et 2-timers kursus for hovedvejledere. UKO er underviser på begge forløb.

2.7 HOSPITALS DYNAMU

Ideen med en hospitals DYNAMU, som er en HU-læge i almen medicin med en koordinerende opgave på tværs af afdelinger blev foreslået af René Rasmussen, som i forsommeren var ansat i akutafdelingen med funktion som TR for uddannelseslæger i HU-stillinger i almen praksis. Han sagde: "Vi taber uddannelsespotentiale, fordi vi bruger for lang tid på at lande i en afdeling." Det førte til en rundspørge om mulighed og holdning til en funktion som hospitals-DYNAMU hos øvrige HR og UKOer i regionen. Tilbagemeldingerne blev samlet op på efterfølgende møde i Kontaktforum. Her vedtog vi, at Joachim Frølund (PKL og AMU i almen medicin) bragte forslaget op i eget uddannelsesudvalg. Lokalt på RH Horsens er der stor opbakning til ideen blandt uddannelsesteams fra afdelinger med AP-læger. En hospitals-DYNAMU forventes at kunne optimere sammenhæng mellem hospitalsforløb for AP-læger herunder understøtte overlevering af gode fif og råd til kommende kolleger på tværs af vores tre afdelinger, som er afdelingen for kvindesygdomme, fødsler og fertilitet, medicinsk afdeling og akutafdelingen. Konkret vil en hospitals-DYNAMU kunne medvirke til introduktion af nye AP-læger til matriklen og koordinere tværgående aktiviteter for AP-læger støttet af HR og UKO. Blandt tværgående aktiviteter har medicinsk afdeling netop tilbudt månedlige Masterclass-møder. Derudover er kvartalsvise halvdags temamøder under planlægning med initiativ fra Kvindeafdelingen. Disse kunne indeholde temaer fra gynækologi, kirurgi, ortopædi og evt. psykiatri. En hospitals-DYNAMU vil også være en del af LVR (Lægelig Videreuddannelsesråd) og UKYL-netværket.

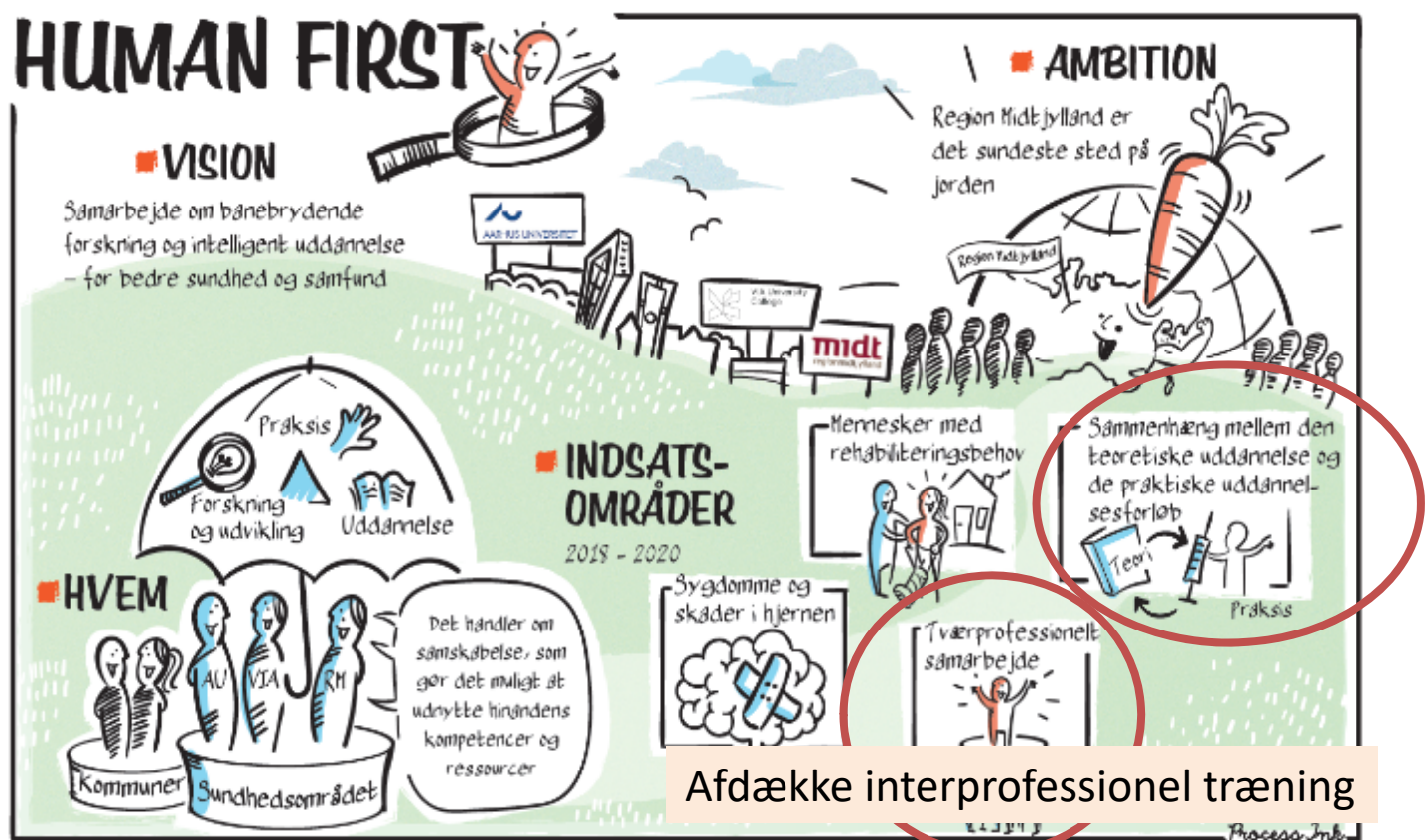
AP-lægerne har allerede en facebookgruppe og mødes regelmæssig til frokost i kantinen på tværs af afdelinger en fast ugedag i kantinen.

Det er aftalt med Koncern HR uddannelse ved Mads Skipper og uddannelsesudvalget for almen medicin at ordningen kan afprøves under evaluering.

2.8 HUMAN FIRST – INTERPROFESSIONEL TRÆNING

Human First er et partnerskab på sundhedsområdet mellem VIA University College, Region Midtjylland, Aarhus Universitet og kommunerne. Ambitionen bag Human First er at styrke forsknings- og uddannelsesindsatsen både på professions- og universitetsuddannelserne på sundhedsområdet. Læs evt. mere om Human First og indsatsområder på www.human-first.org. Et af Human First's indsatsområder er "Sammenhæng mellem den teoretiske uddannelse og de praktiske uddannelsesforløb". Som UKO har jeg repræsenteret RH Horsens i det tværfaglige arbejde med at udvikle en hvidbog i 2019/2020.

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



Figur 14 HUMAN FIRST – et partnerskab på Sundhedsområdet

Arbejdet med hvidbogen har medført, at jeg er blevet tovholder for en arbejdsgruppe, der har til formål at afdække interprofessionel træning i sundhedsvæsenet i Region Midt. Med "interprofessionel træning" menes skematilrettelagt uddannelse, hvor studerende eller elever fra mindst to fagprofessioner er sammen om at behandle en patient eller borger i et autentiske miljø, - som f.eks. hospital eller borgerens hjem. Baggrunden for dette indsatsområde er, at overgang fra studieliv til arbejdsliv kan være vanskelig. At tilegne sig en professionsidentitet i arbejdslivet kan ikke læres teoretisk - lige så vel som kendskab til sine

samarbedspartners kernekompetencer kræver øvelse og indsigt i en klinisk og praktisk kontekst. Vores overbevisning er, at et tidligt samarbejde mellem studerende/elever fra forskellige fagprofessioner kan styrke den enkeltes fagidentitet, lette overgangen til arbejdslivet og etablere en vigtig viden og erfaring om, hvordan vi mest optimalt kan bruge hinandens ressourcer.

2.9 LÆGELIG UDDANNELSE – PRÆ & POST

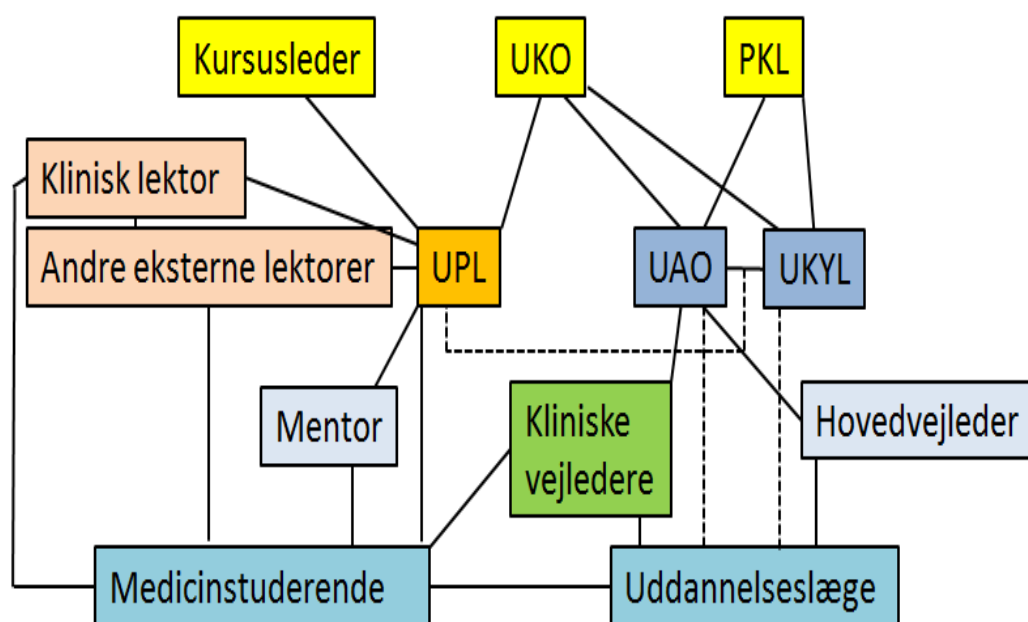
År 2020 har givet mig som UKO en ekstra ledelseskasket, da jeg har fået tildelt opgaven med tværgående ledelse og koordination af den prægraduate lægelige uddannelse. Samtidig er jeg blevet klinisk lektor og uddannelsesansvarlig lektor i akutafdelingen. Fordelen ved sidstnævnte er legitimiteten, der følger med, når man har førstehåndsb erfaring med en opgave.

Kandidatuddannelsen på medicin er revideret, hvilket har medført, at de medicinstuderende på de kliniske ophold i højere grad skal aktiveres med patientopgaver under supervision end tidligere. Dertil er indført krav om udprøvning af kompetence.

Det har kaldt på en koordineret samarbejde med den postgraduate lægelige videreuddannelse, da det i nogen grad er samme uddannelseskapaacitet, de medicinstuderende og uddannelseslægerne trækker på.

Der er indgået aftale med Studienævnet om, at medicinstuderende midtvejs af KBU- eller intro-læger, imens den summative vurdering skal gennemføres af den uddannelsesansvarlige prægraduate lektor.

Flere afdelinger har indført mentorfunktion, som bestrides af de yngste læger. På ugentlige mentormøder mødes mentorer med medicinstuderende og drøfter patientrelaterede oplevelser. Formålet med møderne er at skabe trivsel og udvikle professionsidentitet. Både denne opgave og opgaven med at kompetencevurdere skaber en ny mulighed for at træne bløde lægeroller for KBU- eller intro-læger.



Figur 15 Samarbejde om uddannelseskapaaciteten

2.10 UDDANNELSE PÅ TVÆRS

År 2020 blev også året hvor jeg fik mulighed for at lave feltstudie på de mange forskellige uddannelser, vi har på RH Horsens. Arbejdet skal ende ud med en rapport og en anbefaling af, hvordan vi kan nedsætte et strategisk uddannelsesråd som repræsenterer alle uddannelsesretninger.

Arbejdet giver også mulighed for at skabe overblik, hvilke tiltag de enkelte uddannelsesansvarlige eller kliniske vejledere har sat i værk mhp. inspiration og erfaringsudveksling.

3.0 Tilbagemelding fra afdelingerne

3.1 AKUTAFDELINGEN

2020 blev på alle måder et år, hvor alt blev vendt på hovedet pga. covid-19.

I akutafdelingen havde vi som uddannelsesteam stort fokus på uddannelse af læger, som blev udlånt fra andre afdelinger til akutafdelingen for at dække den opskalerede bemanning under beredskabsaktivering i foråret. Det var vores oplevelse, at langt de fleste gæste-læger tog godt imod den udfordring, som det var at have deres gang i en anden afdeling og i et fremmed speciale. Det var vores oplevelse, at gæstelægerne positivt bidrog med deres egen viden og erfaring til at videregive læring til især vores yngste kolleger.

Covid-19 førte også nye procedurer med sig, bl.a. oplæring i og daglig brug af trachealsugning, øget brug af POCT-analyser, indførsel af highflow ilt og øget fokus på tværfagligt samarbejde i mindre teams.

Under beredskabsaktiveringen blev alle faste undervisningstiltag suspenderet, og vi har arbejdet målrettet på at få disse op at køre igen. Vores UKYLER har lagt et stort arbejde i at få den tværfaglige morgenundervisningen til at fungere og er begge aktive instruktører i vores ugentlige tværfaglige in situ simulation, som ligeledes er tilbage på sporet.

Fokus i sidste halvdel af 2020 var især på at finde tilbage til tiden før covid-19, mens selvsamme sygdom stadig var til stede i afdelingen. Der var samtidig fokus på at sikre, at alle uddannelseslæger kom igennem de delelementer de hver især havde brug for, og som i visse tilfælde havde været udskudt/aflyst under beredskabsaktiveringen. Der var samtidig fokus på arbejdsmiljøet, da flere faggrupper og vagttag oplevede en vis udtrætning af at have været i gang i næsten et år med konstante ændringer af arbejdsgange- og funktioner.

Det er endnu for tidligt at evaluere på den fulde effekt af covid-19s påvirkning af uddannelsen i akutafdelingen. Vi har haft fejlskud ift. måden at gribe uddannelse an på under en beredskabsaktivering, disse erfaringer arbejder vi nu på at skabe ny læring af. Men vi har bestemt også lært nogle nye ting undervejs i 2020 og nogle vil følge med videre ind i 2021.

Nedenfor ses planche, som Mette Moen (UKYL) har lavet mhp. at inspirere til, hvad en "udviklingsdag" kan bruges til.

Udviklingsdag

- fokus på akutmedicinske kompetencer

Case-undervisning

Obligatorisk for I- og HU-læger, frivilligt for andre YL. Forberedelse forventes.

Case-undervisning afholdes 4 x årligt à 2 timers varighed. (juli, maj, aug, nov).

UAO el. UKYL er modelleder. En hovedvejleder deltager uforberedt som medicinsk ekspert. Hovedvejleder kan stille spørgsmål ud fra kompetencekort B.

Se App'en "Vejledning" → undervisning → casemetoden.

3 mdr. forinden case-undervisning bliver de to symptomer udmeldt. Alle medbringer én case til hvert symptom. Cases vælges ved lodtrækning. Det forventes at der gennemgås 3 cases til hvert symptom (20 min/case)

OBS. efter undervisningen er der frivilligt Akutmedicinsk forum

Symptomer

- Brystsmerte (I5, H11)
- Besvimelse og hjerterytme forstyrrelser (I5)
- Svækket bevidsthed/intoksikation (I5, H16, H19)
- Akut blødning (I5, H14)
- Feber (I5, H15)
- Dyspnø (I5)
- Mavesmerter (I5, H13)
- Ekstremitets- og facialsjæres (I5)
- Væske-/elektrolytforstyrrelser (I5, H17)
- Polyfarmaci, geriatri (H7)
- Nyrersvigt (H17)
- Metaboliske syre/base-afvigelser (H17)
- Sygdom i endokrine organer/Diabetes (H17)
- Muskuloskeletale sygdomme/støder (H23)
- Psyk. og adfærdsmæssige forstyrrelser (H24)

Opdatér Instruks

Har du lyst til at bringe afdelingens faglige viden og instrukser up to date?

Tag kontakt til MUKO (Medicin-, Udviklings- og Kvalitetsansvarlig overlæge)

Der er mange instrukser på E-dok, som løbende trænger til en opfriskning.

MUKO har ofte en lang liste, så det burde være muligt at finde noget af interesse.

(jf. kompetencer: I9, H29 - Udvikls vilje til at opdatere ny viden og udvikle egen ekspertise. Bidrage til faglig udvikling)

Visitation

Lyt med på ekstra head-set under visitation. HU-læger skal med tiden også udføre visitation.

Lav en aftale på forhånd med visitatorerne, som har vagt den dag du ønsker at 'lytte' med. (se hvem der er vakt på SYPL dagsmedlerne)

Anbefaling: lyt med fra 08.00-11.30 (3,5 time). Byt evt. mellem de to visitatorer, så du oplever lidt forskelligt.

Fra 12.00-15.00 følg op på de patienter, som du har overvåret visitationen af.

- Var visitationen korrekt, hvad fejlede patienten, hvad skete der med patienten?

(jf. kompetencer: I1, H2 - visitation)

Praktiske procedurer

Udfør afdelingens procedurer såsom:

- Arteriepunktur (manuelt og/ el. UL-vejledt)
- PVK (manuelt og/ el. UL-vejledt)
- Lumbalpunktur
- Urinvejskateter
- Nasogastriske sonder
- FAST
- (Pleuradræn)

Meld dig på rampen om morgenen. Hold dig til i koordinationen, og gå med SYPL'erne ind til alle patienter, der kommer ind. Aftal at du gerne udfører de procedurer, der er nødvendige.

(jf. kompetencer: I4, I5, H27)

Geriatri

Uddannelsesdag hos geriaterne.

Ring/skriv mail og aftal dagen på forhånd med geriatrisk team.

- Geri Læge: 26691
- Geri SYPL: 26832

(jf. kompetencer: I5, H7)

Socialt udsatte

En dag med social sygeplejersken el. en dag på misbrugscenteret.

Dagen skal aftales på forhånd.

Ret selv henvendelse til afdelingens socialsygeplejersker el. tag kontakt til Akutmedicinsk UAO mhp. kontaktoplysninger til misbrugscenteret.

(jf. kompetencer: I3, H6)

UL Kursus

Deltag på UL-kursus som afholdes 2 gange om året. Det er muligt at deltage én gang. Kurset er for Forvagar og Mellemvagar.

Ved høj erfaring kan man på sigt muligvis deltage som underviser på kurset.

Kontaktperson: Akutafdelingens Ultralydsansvarlig YL.

(jf. kompetencer: I9, H27)

Konflikthåndtering

Deltagelse på obligatorisk kursus: "Nedbringelse af tvang i somatikken". Der er tale om et halv-dagskursus.

Anbefaling: anden halvdel af udviklingsdagen kan med fordel bruges på at læse den obligatoriske E-dok:

"Aggression og voldelig adfærd i Akutafdelingen, identifikation og håndtering"

uddannelseslægen kan også få gavn af E-dok: "Behandling med akut beroligende medicin, Fallacykklisk ramtningstegn"

(jf. kompetencer: I3, H24, H25)

FLOW

Følg Flow BV el. varetage afdelingens Flow under supervision af Flow BV.

Anbefaling: kombiner gerne denne dag med din halve dag i radiologisk afdeling. 3,5 time som flow ansvarlig burde til en start være overskueligt. Som HU- skal man med tiden kunne varetage opgaven i en hel vagt.

Aftal dagen med Kald BV et par dage før, så han/hun ved, at du skal følge med.

(jf. kompetencer: I2, H3)

Reumatologi

Har du lyst til at prikke- og stikke i led?

Reumatologisk Ambulatorium stikker/prikker kl. 13.00-15.00 på de fleste hverdage.

Ring og lav en aftale på Tlf: 27135

(jf. kompetencer: I4, I5, H27)

Lav en kasuistik

Skriv en kasuistik vedr. en patients sygehistorie. Hvis der er tale om en sjælden tilstand, hvor det f.eks. er vigtigt at få øget fokus på diagnostik og behandling, da kan den muligvis udgives i Ugeskrift for Læger. (obs. Responsen til ugeskriftet skal sendes inden de ønsker at modtage kasuistikken)

Kasuistikken kan med sikkerhed publiceres lokalt i Afdelingens 'AkutNyt'.

Max. 4.500 tegn, max 5 referencer, der opfordres til ét klinisk foto. Husk patient-samtale.

(jf. kompetencer: I9, H29)

Alle Introduktionslæger og Hoveduddannelseslæger i Akutafdelingen RH Horsens får tildelt udviklingsdage. Hvordan udviklingsdagene bruges skal godkendes af Akutmedicinsk UAO, ovenstående er inspiration.

Efter en udviklingsdag skal man på næstkommende morgenundervisning bruge de første 5 min på at fortælle sine kollegaer, hvilket udbytte man fik af dagen. Husk at aftale det med case-ansvarlig FV, så han/hun ikke også har forberedt en case/EKG.

Figur 16 Hvad kan en I-læge eller HU-læge bruge en udviklingsdag til. Lavet af UKYL Mette Moen

Her ses en "standardtekst", der sendes for at hjælpe en ny hovedvejleder til at få overblik over vejlederopgaven. Det baner vejen for at kunne tage medansvar for andres læring.

Du bliver hovedvejleder for en af vores KBU-læger (Christopher), som starter hos os 1/2. Nedenfor kan du se, hvem der også er hovedvejleder for KBU-læger, hvis du får brug for at søge sparring udi hovedvejlederrollen. Du er naturligvis også altid velkommen til at høre fat i mig eller Trine, eller bruge din egen hovedvejleder.

Generelt om KBU-forløbet:

- * Alle KBU-læger er i Akutafdelingen i 6 måneder. Nogle gange bliver forløbet delt op pga. sygdom, barsel eller andet. De fleste KBU-læger fortsætter i almen praksis, men enkelte forløb fortsætter i psykiatrien.
- * De har initielt 3 dages central introduktion og efterfølgende 5 dage i Akutafdelingen.
- * Under deres ophold i Akutafdelingen skal følgende kompetencer opnås: KV1, KV4, KV5, KV10, KV12, KV14 (KV2 og KV9 godkendes af kursusledelsen, når KBU-lægerne har gennemført Akutkurset). Se mere i *logbog.net*.
- * KBU-lægerne får 1 individuel uddannelsesdag, som de planlægger sammen med jer.
- * De har interne 1/2 dagskurser i: Hjertestop, følgedag hos røntgen, nedbringelse af tvang i somatikken.
- * De har 1 hel dag med internt kursus i ultralyd.
- * De deltager i Invers feedback og 3 timers mødet.
- * De fungerer som mentorer for medicinstuderende i afdelingen.
- * Jeg iværksætter 360 gr. evaluering, når de har været i afdelingen i ca. 3 måneder.

Forventninger til dig som hovedvejleder:

- Som hovedvejleder er det dit ansvar, at de officielle krav i KBU-forløbet opfyldes og dokumenteres.
- Der skal som minimum afholdes 3 hovedvejledersamtaler (introduktion, midtvejs/justerings og slut).
- Ved introduktionssamtalen udarbejdes også KBU-lægens individuelle uddannelsesplan med afsæt i målbeskrivelse/logbogen.
- Når både du og KBU-lægen har godkendt samtalerne i RMUK får jeg automatisk besked og kan godkende eller revidere deri. Ved behov for revidering får både du og KBU-lægen besked.
- Jeg forventer, at du søger sparring/råd ved tvivl om din hovedvejlederfunktion i hovedvejledergruppen eller hos undertegnede. Ved bekymring for din KBU-læges trivsel og/eller fremskridt og udvikling skal jeg altid orienteres.
- Der afholdes hovedvejledermøde ca. hveranden måned. Såfremt du ikke er på arbejde på dagen eller forhindret i at deltage får du feedback på KBU-lægen på mail efter mødet. Du videreformidler herefter selv feedback'en til KBU-lægen.

Jeg sørger for følgende i starten af et nyt KBU-forløb:

- At du oprettet som hovedvejleder i RMUK. Heri skal KBU-lægen dokumentere, hvad I har talt om til hovedvejledersamtalerne.
- At du bliver du oprettet som hovedvejleder i logbog.net hvor du officielt skal godkende KBU-lægens kompetencer, når disse er opnået.
- At du får løntillæg for din hovedvejlederfunktion.

Relevante links, som du forventes orienteret i:

"Lægelig videreuddannelse" på intranettet for Regionshospitalet Horsens:

<https://www.regionshospitalet-horsens.dk/uddannelse/lægelig-videreuddannelse/>

Logbogen:

www.logbog.net/login.dt

RMUK:

<https://prodapp01.improvento.com/ikajsp/html/Desktop.jsp>

Målbeskrivelse for den kliniske basislægeuddannelse:

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/maalbeskrivelse-for-den-kliniske-basisuddannelse>

Figur 17 Mail fra UAO Akutafdelingen til ny hovedvejleder

3.2 AFDELINGEN FOR BEDØVELSE, OPERATION OG INTENSIV

COVID-19 pandemien har kunnet mærkes i afdelingen i det forgangne år. Det har haft betydning for en del introlæger i form af ændret oplæring, men med uddannelsesteamets fokus på dette, er vi alligevel kommet i mål. Det har været og er udfordrende for afdelingens drift, at der har været mange syge og hjemsendte især sidst på året. Det har krævet en enorm omstillingsparathed for alle, men har også været spændende.

På trods af COVID-19 står afdelingen stærkt inden for uddannelse. Der er meget stor velvilje og lyst til at lære fra sig på afdelingen, hvilket afspejles i en meget stor søgning til afdelingen.

I efteråret indførtes forsøgsvis *fælles kompetencevurdering* af to kompetencekort, som er skriftlige opgaver. Formålet var at opnå mere læring ud af kompetencekortene og få en generel drøftelse af praksis/teori/håndtering etc. Denne *fælles kompetencevurdering* er åben for alle afdelingens læger, og det har givet gode diskussioner og ikke mindst gode opgaver. Så det initiativ er kommet for at blive. Det har desuden inspireret andre anæstesiaafdelinger i Videreuddannelsesregion Nord til at indføre det samme.

3.3 MEDICINSK AFDELING

Afdelingen og den lægelige uddannelse har været anderledes i år. Covid19-epidemien gjorde, at vagtskemaer blev lavet om med 14 dages mellemrum og arbejdsfunktioner skiftede. Mange uddannelseslæger på medicinsk afdeling indgik i beredskabet i Akutafdelingen. Undervisning, møder og konferencer blev aflyst. Vi har ellers en fast struktur med fælles undervisning og møder om morgenen, afsnitskonference og middagskonference. Vi holdt fast i de faste tidspunkter for vejledersamtaler og så hurtigt at vores morgenundervisning er helt nødvendig for afdelings drift og for lægers uddannelse. I april genoptog vi "Fælles feedback", "Defusing efter nattevagt", "Journal Club" og undervisning ved uddannelseslæger i auditoriet.

Defusing blev i starten initieret af UAOer, men er nu i almindelig drift, så HU-lægen med funktion i Akutafdelingen defuser med den afgående mellemvagt hver morgen. Vi har arbejdet med konceptet vedr. fælles feedback, så der nu er deltagelse af alle læger, så der kommer feedback fra flere vagtlag. Tovholder er UKYL Mads Bengtsen.

Afdelingen er stor og indeholder mange subspecialer og funktioner - det er uddannelsesmæssigt en styrke. I foråret under den første corona-bølge foregik uddannelsen mest i de små kliniske teams, og det var vanskeligt at holde sammen på afdelingen uden vores faste stukturer. Det blev tydeligt, at stukturen omkring KBU-lægers arbejde skal være meget fast, så funktionsbeskrivelse for forvagten blev udarbejdet og rul for KBU-læger blev tilrettet, så det matcher uddannelsesprogrammet for KBU-læger.

Covid19 har medført et øget behov for medicinske sengepladser i isolation på covid-afsnittet på MS1, i lånesenge på kirurgiske sengeafsnit og på Intensiv. Vi har afsat en ekstra HU-læge til at gå stuegang på Intensiv og lånesenge. Og aflaster medicinsk bagvagt, som har et stort arbejde vedr. koordinering af flow. Stuegangs- og uddannelseskapaleteten på hjertemedicinsk sengeafsnit er blevet styrket ved at der er en speciallæge i Akut Hjerteklinik, som superviserer og hjælper FV og MV med faglig afklaring af akut indlagte patienter. Desuden er der nu en speciallæge i et andet intern medicinsk speciale på stuegang.

I september blev det årlige 3-timers-møde med fokus på lægers uddannelse afholdt. Uddannelseslæger mødte godt op og genererede flere gode ideer. Vi har søsat flere ambitiøse projekter for at højne uddannelse og supervision på afdelingen med inspiration fra årets tema "Psykologisk sikkerhed". Bl.a. "Fokuspunkter på dagen", "Mentorordning for nyansatte yngre læger" m.fl. Der bliver løbende fulgt op på implementeringen af projekterne.

Vi har et årshjul, hvor specialerne underviser på skift en måned ad gangen. Nye tiltag efter sommerferien var:

1) Fælles kompetencevurdering af intern medicinske kompetencer for HU-læger i Intern Medicin. Foregår en onsdag hver måned kl. 14-15 - HU-lægerne medbringer cases som fremlægges og diskuteres med faglig sparring af en speciallæge a la "Meet the professor".

2) Master Class for AP-læger. Læger i uddannelse til almen praksis på hele RHH inviteres til denne times undervisning ved speciallæge specielt rettet til AP-læger. AP-læger, som aktuelt er på medicinsk afdeling, er tovholdere og medværter, samt kvalificerer undervisningen ved at komme med spørgsmål eller eksempler fra almen praksis.

Plan for Medicinsk Masterclass for AP læger på Regionshospital Horsens		
Sted: Medicinsk konferencelokale på plan 3		
Tidspunkt: Fra 14-15 den første onsdag i første lige uge i pågældende måned.		
November:	Lungemedicin	11/11-20
December:	Gastroenterologi	9/12-20
Januar:	Geriatrici.	13/1-21
Februar:	Reumatologi.	10/2-21
Marts:	Endokrinologi.	10/3-21
April:	Kardiologi.	7/4-21
Maj:	Lungemedicin.	5/5-21
Juni:	Gastroenterologi.	2/6-21
Juli:	Geriatrici	14/7-21
August:	Reumatologi	11/8-21
September:	Endokrinologi	8/9-21
Oktober:	Kardiologi	6/10-21

Figur 18 Plan fra Masterclass for AP-læger på tværs af matriklen

I-læger arbejder primært med vagt, kontinuitetsstuegang på sengeafsnit eller i en af klinikkerne. I-læger har gennem året stået for at håndtere akut syge patienter, samarbejde med plejepersonale om svært syge og måske døende patienter, informere pårørende per telefon, patientbehandling og -planer i klinikker, undervise kolleger, oplære medicinstuderende og KBU-læger, introducere til afdelingen, arrangere og undervise ved simulationstræning i ABCD-tilgang til den akutte patient, undervise på temadag om professionelt samarbejde, lave kvalitetsarbejde etc.

3.4 BLODPRØVER OG BIOKEMI

Afdelingen har igen HU-læge og får endnu en i foråret 2021.

3.5 ORTOPÆDISK AFDELING

I ortopædkirurgisk afdeling glæder vi os til, at corona som pandemi er et overstået kapitel. Vi har i foråret og igen siden start december ikke haft mulighed for at mødes i lægegruppen til morgenkonference. Det har betydet, at vi ikke har kunnet afholde formel undervisning, og at vi har mistet forum for diskussion. I uddannelsesteamet har vi forsøgt at råde bod på dette ved mere proaktivt at gribe fat i vores uddannelseslæger, når vi krydser hinanden i klinikken. Vi har som andre knivskærende specialer været ramt af, at vores elektive operationer har været lukket ned. Det har gjort, at vores uddannelseslæger – særlig H1-læger - på trods af samme tid afsat til OP – har fået færre alloplastik-operationer. De akutte ortopædiske indgreb har til gengæld ikke svigtet. Speciallægerne har været positive overfor at lade uddannelseslægerne være operatører, imens de selv har taget supervisor rollen. En af vores HU-læger har forsinket haft fornøjelsen af at være på vejlederkursus for I-læger, han er i gang med at implementere et feedbacksystem på OP. Briefing før og debriefing efter OP har også været et udviklingstiltag på 3-timers mødet. Corona har ikke ændret på vores professorambulatorier, hvor en speciallæge superviserer to uddannelsesspor. Det giver flere gange om dagen mulighed for supervision med konkret feedback. Afdelingen har haft en tværfaglig arbejdsgruppe, der med inspiration fra introprogrammet for sygeplejersker har implementeret ny lokal introduktion for uddannelseslæger, så det i højere grad sikres, at de tidligt i deres forløb også præsenteres for læringsmiljøet, arbejdsgange og samarbejdspartnere med fokus på øvrige lægeroller end den lægefaglige ekspert.

3.6 RØNTGEN OG SCANNING

Som for alle andre afdelinger har 2020 været et noget anderledes år, end vi har været vant til. Vi har jo ikke Covid19 patienter i afdelingen som på sengeafdelingerne. Men størstedelen af de indlagte patienter er isoleret, hvilket fx giver meget mere forberedelse og rengøring af rum, og dermed nedsat flow i afdelingen. På trods af dette og de nedlukninger der nu har været, har vi alligevel formået at producere 200 CT-skanninger mere og 100 ultralydsskanninger mere pr måned end sidste år. Der har derfor været øget pres på vores allerede pressede læger i forhold til produktion. Dette, og det faktum at vi stadig er meget pressede på mandskabssiden, har naturligvis kunne mærkes i tiden, der er blevet brugt på supervisionen af vores uddannelseslæger. Vi har forsøgt at tænke alternative metoder i forhold til fx supervision og rettelse af CT beskrivelser og beskrivelser af konventionel røntgen af knogler og thorax, således at ikke alle skanninger gennemgås ansigt til ansigt, men at rettelser og kommentarer lægges som besked i uddannelseslægens dueslag eller sendes som mail. Dette fungerer ok, men er selvfølgelig ikke optimalt. Vi håber, at med ansættelsen af to nye overlæger pr. 1.12, at der bliver lidt mere luft og tid til ordentlig supervision. Som nyt tiltag har vi i det forgangne år haft fokus på systematisk brug af kompetencevurderingsskemaer. Vi har opdateret vores uddannelsestavle, så den også inkluderer felter til registrering af udfyldte kompetencevurderingsskemaer. Der er sat rammer for, hvor mange skemaer der forventes udfyldt og i hvilke funktioner. Herudover har en af vores introlæger haft opgaven at lave kompetencekort til forskellige undersøgelser i ultralyd. Disse tages i brug i det nye år. Desuden har vi fået indført faste, skemalagte møder i uddannelsesteamet en gang om måneden. Vi har brugt vores

uddannelseslæger mere i den daglige produktion, i det omfang deres kompetencer har tilladt det, og de er alle vokset med opgaven. Vi får positive tilbagemeldinger, både mundtligt i afdelingen og også på evaluer.dk. UAO Kirsten Enø har afsluttet UAO-kurset og har i den forbindelse arbejdet med en masterplan for I- & HU-læger (se nedenfor), som gør det lettere at tage ansvar for egen læring og kende den generelle forventning til progression.

Uddannelsesforløb for hoveduddannelsesstilling i Radiologi, Røntgen og skanning, Horsens Sygehus

Tid	Modalitet	Fokus punkter*	Ansvarlige	Kompetence-vurdering	Funktion
Introsamtale efter 1-2 uger	Hovedvejleder og HU-læge Gennemgang af logbog.net og uddannelsesprogram. Udfærdigelse af handleplan				
Introduktion til modaliteter 1. og 2. md	Fix**, CT, UL	1,2, 9.1, 9.2, 10.1, 10.2, 13.2	Kliniske vejledere, radiografer	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort Feedbackmøder	Rotationer af to ugers varighed. Deltage som 3. mand i senvagt. Arbejde med ambulante undersøgelser. Alt kontraseres af speciallæge. Afholder konferencer med supervision.
Kompetencer til godkendelse	9.2, 13.2				
Første rotation 3.-5. md	Fix, CT, UL, satellitten	Som ovenfor + 5.1, 15.1, 15.2, 15.3	Kliniske vejledere	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort Feedbackmøder	Ophold i modaliteter og akutfunktion. Evt vagtdeltagelse - Akutte CT-skanninger fra vagten kontraseres følgende morgen af speciallæge. Selvstændigt beskrive konventionelle billeder og UL. Afholder konferencer uden supervision men med speciallæge til rådighed.
Kompetencer til godkendelse	9.1, 15.1, 15.2, 15.3				
Justeringsamtale 5 mdr	Hovedvejleder og HU-læge Opfølgning på og opdatering af handleplan				
Anden rotation 6.-9. måned	Fix, CT, UL, satellitten	Som ovenfor + 5.3, 16.1, 16.2	Kliniske vejledere	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort. Feedbackmøder.	Som ovenfor
360 samtale 9 mdr	Feedback facilitator, HU-læge 360 graders samtale med udfærdigelse af handleplan				
MR 9. måned	MR		Kliniske vejledere MR-ansvarlige	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort.	Kendskab til MRCP, MR af cerebrum, columna, knæ og skuldre.
Anden rotation fortsat 10. og 11. md	Alle	Som ovenfor + 17.1	Kliniske vejledere	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort. Feedbackmøder.	Som ovenfor
Kompetencer til godkendelse	1.2, 5.1, 5.3, 10.1, 10.2				
Justeringsamtale 11. mdr	Hovedvejleder og HU-læge Opfølgning på og opdatering af handleplan				
Tredje rotation 12-15. md	Alle	Som ovenfor	Kliniske vejledere	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort. Feedbackmøder.	Som ovenfor
Kompetencer til godkendelse	16.1, 16.2, 17.1				
Justeringsamtale 15. mdr	Hovedvejleder og HU-læge Opfølgning på og opdatering af handleplan				
Fjerde rotation 16.-18. md	Alle	Som ovenfor + 18.1	Kliniske vejledere	Direkte supervision Kompetence-vurderingskort. Feedbackmøder.	Som ovenfor. Sidde med til MDT konferencer
Kompetencer til godkendelse	18.1 + evt manglende				
Slutsamtale 18.mdr	Hovedvejleder og HU-læge UAO, godkendelse af forløb				

*kompetencer jvf uddannelsesprogram **Fix = konventionel røntgen

Figur 19 Master progressionsplan for hoveduddannelseslæger på Røntgen og Scanning

3.7 KIRURGISK AFDELING

Kirurgisk afdeling har, som alle andre afdelinger, været præget af nedlukningen af elektive procedurer. Den begrænsede aktivitet har især ramt "uddannelses operationer" (galdeblære operationer, hernie-operationer, skopier). Vi har forsøgt at kompensere i form af deloperationer, og øget fokus på at udnytte alle operationer/ressourcer optimalt. Alle uddannelsessøgende har/vil få deres ophold godkendt, dog med tydelig nedgang i deres operationslister. Nedlukningen specielt på DKC skyldes udover corona-pandemien, også personale mangel på anæstesi siden. Det er en udfordring vi er meget opmærksomme på, da meget af vores oplæring foregår i DKC.

Vi har på baggrund af ovenstående haft ekstra ressourcer i vores ambulatorier og stuegangsfunktionen. Her har der været ekstra bemanning og tid/mulighed for supervision og oplæring i de andre lægeroller.

Herudover har flere af vores uddannelsessøgende været hjemsendt, af forskellige årsager. Vi har haft fokus på administrator og akademiker rollerne, således har de hjemsendte haft forskellige opgaver (instrukser, forskellige mangellister mm.)

Vi har implementeret systematisk oplæring af vores speciallæger. Vagtrullet gennemgås og revideres af speciallæger, således optimal oplæring udnyttes.

Der er kommet en ny vagtplanlægger i mellemvagts-laget. Vi har fortsat vores ambition om "blok" oplæring af kirurgiske færdigheder, og har justeret, således oplærings-blokkende bliver af længere varighed, for at optimere og koncentrere, specielt skopi-oplæringen.

Vi har indgået bindende aftale med de endoskoperende sygeplejersker og gastromedicinske læger, om at supervision og oplæring af de yngre kirurger er et fælles ansvar.

Vi har i 2020 indført vejledermøder. Det har længe været efterspurgt af de yngre læger. Jeg har evalueret på vores "setup". Efter små justeringer, er der nu bred opbakning og positive tilbagemeldinger.

De yngre læger har udført et fantastisk godt arbejde i forlængelse af 3-timers møde, og har forberedt invers-feedback. Vi har udført en prøvehandling. UAO har deltaget som supervisor/facilitator. Erfaringerne er diskuteret på overlæge møde, og vi forventer fuld implementering af invers feedback snarest (januar 2021)

Vi har haft to HU-læger i akut medicin. Begge læger har haft et godt og læringsrigt ophold. Tilbagemeldingerne har været meget positive, både fra personalet, men i særdeleshed fra de to HU-læger. Vi ser frem til fortsat godt samarbejde i forbindelse med akut medicinernes ophold.

Der har været et behov for en diskussion omkring "tonen" i afdelingen. Vi har startet en proces, hvor vi i første omgang har afgrænset problemet/udfordringen. Der er brug for en anden tilgang til vores konferencer, og i det hele taget behov for mere metakommunikation og mere feedback, frem for konkrete og konfronterende diskussioner i forbindelse med afrapporteringer til konferencer. Alle i afdelingen har efterhånden accepteret vores udfordring, og er indstillet på en anden mere konstruktiv tilgang. Vi er fortsat i proces angående dette.

3.8 AFDELINGEN FOR KVINDESYGDOMME, FØDSLER OG FERTILITET

2020 i kvindeafdelingen har som alt andet været præget af corona. Vi har stort set ikke kunnet samles i vores konferencelokale siden marts.

Dette har udfordret vores sædvanlige struktur med morgenundervisning som har været mindre struktureret end vanligt. Vi forsøger alligevel at fastholde undervisning med udvidet fokus på dagens case og har nu også fået etableret mulighed for videolink til undervisning.

Nogle af vores AP læger var i foråret udlånt til coronaberedskabet. Trods afbrydelsen i deres ophold hos os, lykkedes det at komme i mål med læringsmål og kompetencer.

Vi er i gang med gennemgående strukturelle forandringer i organisation og skemaplanlægning. Dette vedrører vagtfunktionen for uddannelseslæger, hvor vagterne nu kommer til at køre i rul, og hvor mængden af vagter afhænger af stillingstypen. Således at AP læger har færre nattevagter end uddannelseslæger i gyn/obs., da disse har større udbytte af vagterne, som indeholder meget fødegangsarbejde.

I dagtiden arbejder vi også med ændringer i strukturen, så vi i højere grad får uddannelseslægerne i front med adgang til tæt supervision. Dette gælder f.eks. dysplasi, urogynækologi og obstetrisk ambulatorie. Derudover arbejder vi også med at etablere en obstetrisk forvagtsfunktion i dagtiden for at bringe mere obstetrisk læring ind i dagtiden. Herudover arbejdes der med, at HU lægerne i højere grad skal varetage speciallæge-ambulatorier i gynækologien med adgang til supervision.

Der er i 2020 kommet ny målbeskrivelse for gynækologi/obstetrik. Der er derfor blevet udarbejdet nye uddannelsesprogrammer som aktuelt er til godkendelse hos Videreuddannelsesudvalget.

Herudover har vi arbejdet på at udarbejde programmer for fokuseret ophold for HU læger i akut medicin. De skal som led i deres uddannelse have et 14 dages fokuseret ophold i gynækologi/obstetrik. Vi modtager de første i januar 21.

I forbindelse hermed har vi også fået opdateret vores introduktionsmateriale, så det bliver mere overskueligt.

I Vejlederteamet har vi arbejdet med introduktionssamtalen. Vi beder den uddannelsessøgende om ved ansættelsen kort at beskrive hvorfor dette uddannelsesforløb bliver rigtig godt. Målet er at få dem til at reflektere over, hvad det er de gerne vil opnå med deres ophold hos os, og hvordan de kan bidrage til og tage medansvar for deres uddannelse. Vi opfordrer dem også til at lave et årshjul, så de selv er rigtig godt inde i, hvad de skal lære hos os og selv er med til at tage et ansvar for opfyldelsen.

I-læger arbejder primært med vagt, kontinuitetsstuegang på sengeafsnit eller i en af klinikkerne. I-læger har gennem året stået for at håndtere akut syge patienter, samarbejde med plejepersonale om svært syge og måske døende patienter, informere pårørende per telefon, patientbehandling og -planer i klinikker, undervise kolleger, oplære medicinstuderende og KBU-læger, introducere til afdelingen, arrangere og undervise ved simulationstræning i ABCD-tilgang til den akutte patient, undervise på temadag om professionelt samarbejde, lave kvalitetsarbejde etc.

4.0 Årsmøde i lægelig videreuddannelse 2020

Årsmøde 2020

Lægelig Videreuddannelse på Regionshospitalet Horsens

Mandag d. 26. oktober på Montra Odder Parkhotel

Program for dagen:

- 08.30-08.50 Morgenmad
- 08.50-09.15 Præsentation og velkomst *Berit Toftegaard*
- 09.15-10.15 Vælg klogt og lægelig videreuddannelse *Susanne Axelsen*
- 10.15-10.30 Pause
- 10.30-12.00 Kloge valg tænkt ind i lægelig videreuddannelse
 - Hvad er et klogt valg og for hvem er det klogt? *Plenum*
 - Hvordan lærer vi om ukloge valg? *Plenum*
 - Hvad ved vi om beslutningstagning og diagnostiske fejl *Berit Toftegaard*
 - Hvad er fælles beslutningstagen *Plenum*
 - Psykologisk sikkerhed - opfølgning på 3-timers møde *UKYLeR*
- 12.00-13.00 Frokost
- 13.00-14.00 Workshop: Vælg klogt i et sikkert læringsmiljø
- 14.00-14.30 Walk and talk
- 14.30-15.30 UKYL-møde
- 14.30-15.30 Senior-møde
 - Når behovet for uddannelsesledelse spidser til - case diskussion
- 15.30-15.45 Pause
- 15.45-16.45 De bløde lægeroller
 - Debriefing på fødegangen *Birgitte Lindved*
 - Invers feedback - upward feedback på feedback *Trine Dyrberg & Kristina Galsgaard*
 - Selvudviklende teams og lægelig videreuddannelse *Marie Storkholm*
- 16.45-17.00 Pause
- 17.00-17.45 Valg af fokusområder for 2020/2021
- 17.45-18.00 Opsamling på dagen *Berit Toftegaard*
- 18.00-19.30 Middag





Figur 20 Program for Årsmødet for Lægelig Videreuddannelse 2020

4.1 ÅRSMØDE

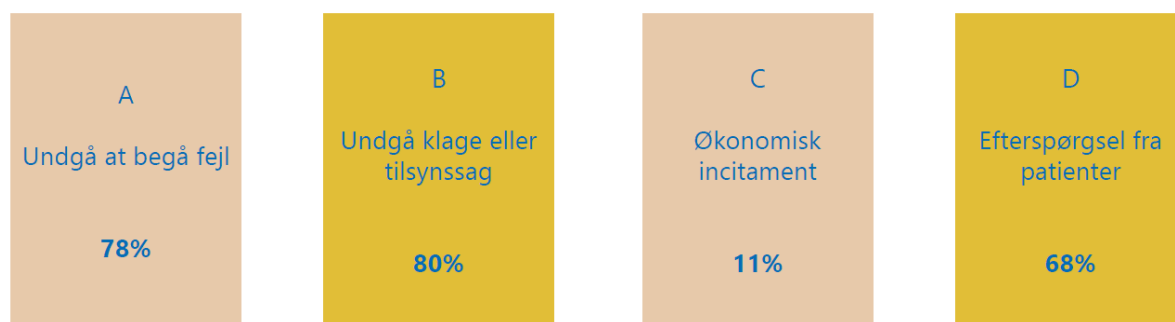
Igen havde årsmødet fuld opbakning af uddannelsesansvarlige overlæger, uddannelseskoordinerende yngre læger, ledende overlæger, lægefaglig direktør, HR-konsulent og UKO (mødeleder). Der var enkelte afbud på dagen.

4.1.3 Vælg klogt på dansk, frygt for at begå fejl og defensiv medicin v. Susanne Axelsen

Vi gør nogle unødvendige ting, fordi vi – som læger – blandt andet er bange for at begå fejl. Men hvad er unødvendige undersøgelser fx? For hvem eller af hvilken grund er det unødvendigt?

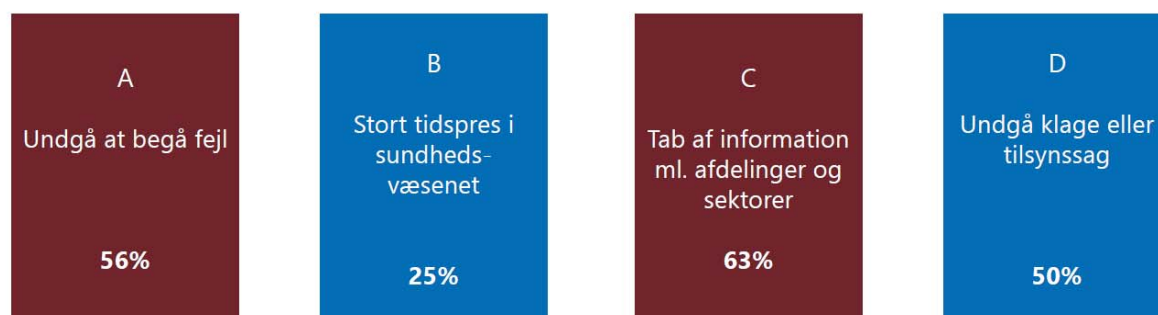
'Vælg klogt' er etableret og startet i USA i 2012 og nu har det efterhånden bredt sig til det meste af verden. 'Vælg klogt' i Danmark handler om at skåne patienterne for unødvendige og potentielt skadelige behandlinger og undersøgelser. Når vi fjerner det unødvendige, skaber vi plads og rum til dét, der er nødvendigt, så ressourcerne kan bruges bedre. Det vil løfte kvaliteten, og der bliver plads til det nye. Målet er at skabe en kultur, der handler om at vælge fra, fordi mere ikke altid er bedre.

Ifølge de lægevidenskabelige selskaber, er det ofte for at undgå klager eller tilsynssager, at der laves unødvendige behandlinger og undersøgelser.



Figur 21 Årsager til unødvendig udredning ifølge de Lægevidenskabelige Selskaber, udlånt af Susanne Axelsen

Patientforeningerne vurderer, at et unødvendigt forbrug kan skyldes, at afdelinger/sektorer ikke taler sammen – der går information tabt. Samtidig vurderer de også, at frykten for at begå fejl har betydning.



Figur 22 Årsager til unødvendig udredning ifølge Patientforeningerne, udlånt af Susanne Axelsen

Omkring 20 % af det, der sker i sundhedsvæsenet, er foreslået som unødvendigt og potentielt skadeligt for patienterne.

Der er meget af det, vi laver, der laves af de uddannelsessøgende, da de er i front. Undersøgelser viser da også, at uddannelsessøgende har et højere ressourceforbrug end speciallæger. Der findes kliniske retningslinjer, men de passer ikke altid, og sommetider bliver vi nødt til at fravige dem – vi skal blot

dokumentere/journalføre hvorfor. Det er svært for uddannelsessøgende af gøre det samme. Frygten for at begå fejl er styrende. Vi skal turde bruge sund fornuft og tankegang, for vi møder ikke mange standardpatienter.

"Lad være med at gøre det, når det ikke giver mening", fx hvis det ikke ændrer patientens behandlingsplan. Det er sund fornuft.



Figur 23 Mentimeter: Hvad er årsagerne til, at der laves unødvendige behandlinger og undersøgelser?

Mere er ikke altid bedre: <https://youtu.be/38Zk4-1YQe8> <https://www.youtube.com/watch?v=P25k8rKqYec>
Vælg Klogt vil skabe opmærksomhed om at vælge fra, frem for til –fordi mere ikke altid er bedre, men hvordan lærer vi vores uddannelseslærer det?

Fra hensigt til effekt:

Arbejdet I Vælg Klogt konceptet starter med en anbefaling besluttet af specialeudvalget. Der inddrages derefter relevante faggrupper, klinikere og patienter mv. i en workshop. Derefter udarbejdes idékatalog med forslag til løsninger på tværs (spænder over kommunikation og information til incitamenter og økonomi). Løsningerne pilottestes herefter i partnerskaber. Der evalueres løbende i forhold til, om det har den ønskede virkning. Virker det ikke, ændres retning. Virker det, skal det bredes ud til hele landet – og der måles fortsat på effekt og indsatser.

Det er muligt at følge med i 'Vælg klogt' og tilmelde sig nyhedsbrevet på www.vaelgklogt.dk.

Eksempler på vælg klog anbefalinger kan være

- Undgå billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmærter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse.
- Undgå at udføre billeddiagnostik af mindre hovedskader uden faresignaler.
- Undgå at immobilisere en forstuvet ankel, hvis der ikke er tegn på skadet knogle eller overrevet ledbånd.
- Undgå at give antibiotika mod bakterier i blæren, hvis der ikke er symptomer –undtagen hos gravide og patienter, der skal opereres i urinvejene.
- Undgå rutinemæssigt at måle hormonindhold i blodet for at diagnosticere overgangsalder eller regulere hormonbehandlingen hos kvinder efter menopause eller hos kvinder, der har fået fjernet livmoderen.

Kan konceptet tænkes ind i lægelig videreuddannelse?

Susanne Axelsen havde forud for årsmødet valgt denne artikel som forberedelse:

Engaging residents to choose wisely: Resident Doctors of Canada resource stewardship recommendations. Hall et al. *Canadian Medical Education Journal*. CMEJ 2019, 10(1): e39-e55 Available at <http://www.cmej.ca>

Artiklen vurderer, at det er vigtigt for den professionelle udvikling at engagere uddannelseslæger i forvaltning af ressourcer. Samt at det er relevant for deres fremtidige praksis at engagere dem i at udfærdige en liste over unødvendige tests, behandlinger og procedurer.

Artiklen fandt, at følgende fem anbefalinger blev prioriteret blandt canadiske uddannelseslæger:

- *Don't order investigations that will not change your patient's management plan*
- *Don't order repeat laboratory investigations on inpatients who are clinically stable*
- *Don't order intravenous when an oral option is appropriate and tolerated*
- *Don't order non-urgent investigations or procedures that will delay discharge of hospital inpatients*
- *Don't order invasive studies if less invasive options are available and as effective*

4.1.4 Kloge valg tænkt ind i lægelig videreuddannelse v. Berit Toftegaard

Hvad er et klogt valg og for hvem er det klogt?

Valget kan være klogt for både patienter, klinikere, samfundet og økonomien/ressourcer.

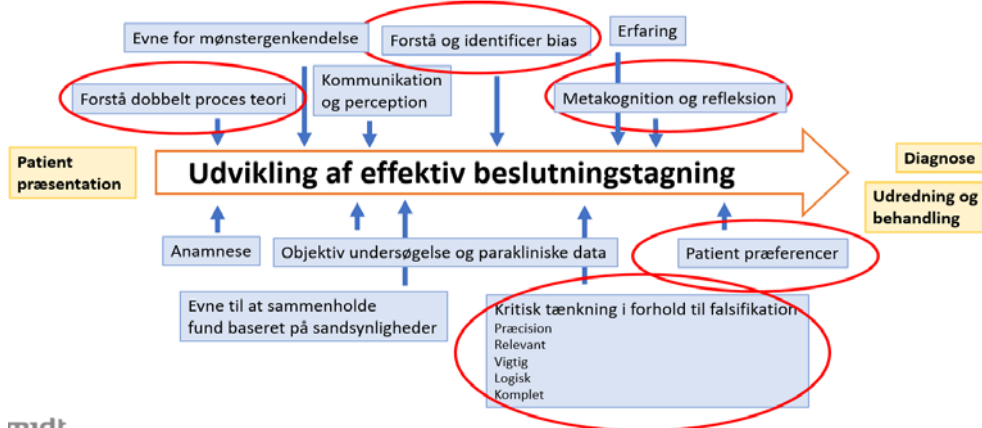
Hvordan lærer vi vores uddannelseslæger om kloge og ukloge valg?

Det foregår som oftest løbende, men fx også på morgenkonferencer og morgenmøder. Der skal være en opmærksomhed på god kommunikation, hvis drøftelsen er baseret på konkrete cases i plenum. Der kan være forskelle på, hvad vi tænker er klogt/uklogt afhængigt af, om det valget træffes i dagtid i hverdage eller vagttid af hensyn til ressourcer. Det er vigtigt at arbejde for et godt og psykologisk sikkert læringsmiljø, der kan rumme faglige drøftelser uden at nogen skal føle sig talt ned til.

Beslutningstagning og diagnostiske fejl

Klinisk beslutningstagning handler om tankeprocessen, der foregår, når vi overvejer differentialdiagnoser på baggrund af patientpræsentation, anamnese, dispositioner og ekspositioner, som vi deduktivt tester ved en objektiv undersøgelse og parakliniske undersøgelser.

Beslutningstagning – en kompleks metode



mdt

Figur 24 Beslutningstagning – egen illustration med inspiration fra Croskerry et al 2009

Mostly, it's not what we don't know that causes problems, it how we think.

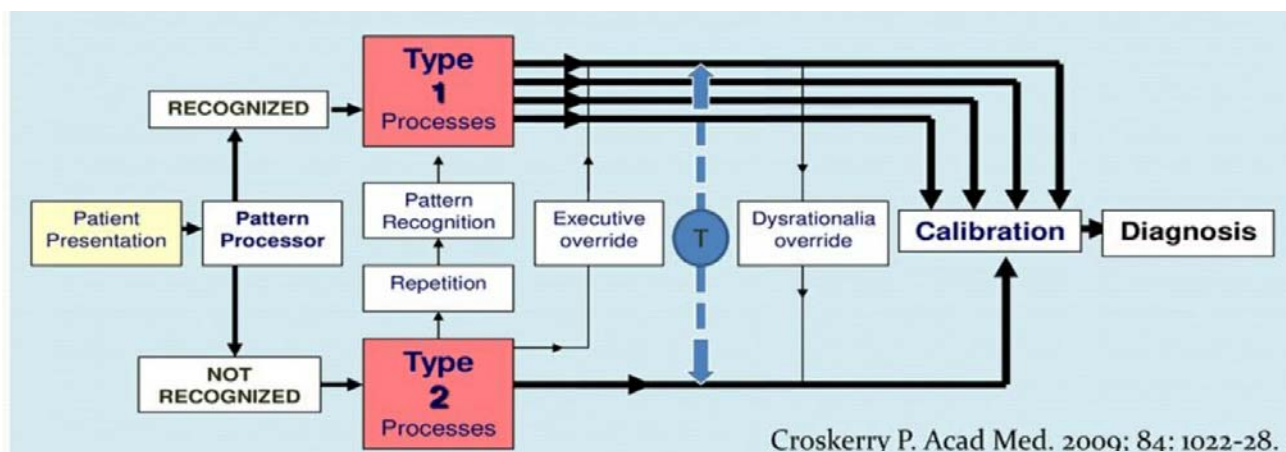
We need to know more about how we think.

Ann Emerg Med. 2015 Aug 19.



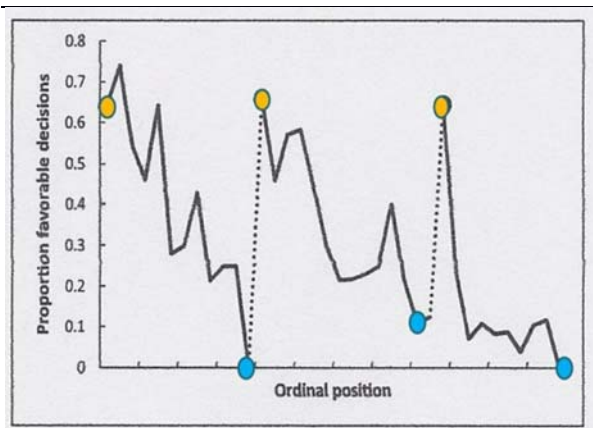
Evidensen peger i retning af, at mange diagnostiske fejl skyldes ikke mangel på viden om sygdomstilstande eller årsagssammenhænge, men at vi i stedet mangler viden om, hvordan vi tænker.

Croskerry et al har i 2009 beskrevet dobbeltproces teori med to systemer for tænkning. System 1 er automatisk og strømlinet og fungerer for os som kliniker ved mønstergenkendelsen og rutineopgaver. Omvendt hvis det er en kompleks eller sjælden tilstand, så har vi brug for system 2 tænkning. Desto mere erfaring man har, desto mere vil man bruge system 1 tænkningen. Det betyder også, at klinisk beslutningstagning både er mere tids- og båndbreddekrævende for vores uddannelseslæger, da de oftere er afhængig af system 2 tænkning. Kendte retningslinjer eller lommekort kan spare på klinikerens ressource, så båndbredden er til rådighed, når vi møder patienten, hvis symptompræsentation vi ikke kender.



Figuren viser, at type-2 tænkning kan by passes, f.eks. hvis relevant vejledning gives ("executive override") og omvendt kan type-1 tænkning overtages af type-2 tænkning, hvis ny information ikke passer ind i mønstret eller, hvis man bliver usikker egen dømmekraft evt. baseret på overført bekymring fra patient eller pårørende.

Vi er ikke rationelle, vi er mennesker også, når vi er professionelle. Danziger et al har vist, at selv jurister er påvirkelig af sult og kognitiv belastning, der viser et faldende antal prøveløsladelser ("*proportion favourable decisions*") op ad formiddagen og bedring efter frokost. På samme vis har man fundet en øgning i udskrivelse af antibiotika i afstand fra spisepause i tilfælde, hvor antibiotika nogle gange eller sjældent er indiceret. Det fortæller, at det er vigtigt at sikre basale behov og flytte sig fra forstyrrende omgivelser, når de påvirker ens evne for kognition, fordi det er vanskeligt at køre system 2, når man er sulten, træt, forstyrret og/eller utryg.



Danziger et al., PNAS 2011

Forstå og identificér bias:

System 1: kognitiv bias (præmatur lukning (kaldes også *anchoring* og indbefatter, at man for tidligt beslutter sig for, hvad patienten fejler), stereotyper (her kan generalisering af patient til en stereotype medføre, at man ikke forholder sig rationelt til symptompræsentation, og patienten kan få en utilstrækkelig behandling), mangelfuld anamnese (det kan skyldes en dement patient, utilstrækkelig henvisning, mangelfuld tid og fokus på indhentning af anamnese), normalisering (bagatellisering af problemstillingen) og emotionel bias (eksempelvis, hvis pt. med hovedpine ender med at have hjernekræft, vil man emotionelt være tilbøjelig til at overdrive udredning for hovedpine i en rum tid).

System 2: dårligt værktøj til at analysere med (manglende viden og evne for kritisk tænkning).

Re-biasing er, når man laver en opbremsning undervejs i sin patienthåndtering og overvejer, om man handler rationel, eller om man kan være fordrejet i sin vurdering. Fx hvis pt. tilhører en stereotype, der kan mislede lægen til ikke at se/lytte/undersøge/vurdere patienten objektivt. Det er vigtigt at være bevidst om sine bias. Det bliver vi bedre af.

Metakognition og refleksion – gode råd til en uddannelseslæge

Træd et skridt tilbage og reflekter over dine beslutninger

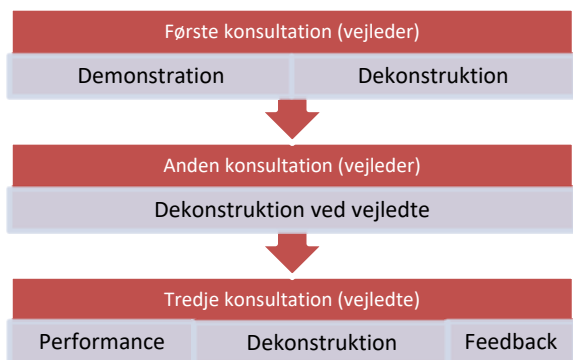
Identificér om system 1 eller 2 er anvendt

Reflekter over potentielle biases, der kan have været på spil

Genkend de patientcases, der trigger bias hos dig

Genkend de miljømæssige udfordringer, der belaster din kognition

Artiklen '*Clinical reasoning – A guide to improving teaching and practice*' af Linn et al anbefaler, at man som uddannelseslæge træner klinisk beslutningstagning. Der foreslås en tre trins raket:



Spørgsmål til anamnese skal vælges med omhu. Man skal kunne forklare meningsfyldt, hvorfor man stiller dem. Kender vi sensitiviteten af vores spørgsmål eksempelvis

Kritisk tænkning ved testning: overvej konsekvenserne af svaret, og hvad svaret vil gavne? Er der ulemper ved testen?

- Perfekt test: finder alle de syge – og kun de syge.
- Sensitiv test: finder alle de syge – og enkelte raske
- Specifik test: finder kun de syge – men ikke alle de syge

Testning i gråzonen (når vi er i tvivl, om testen vil hjælpe med at stille diagnosen) – hvor trækker vi strengen? Hvorfor er det så svært?

- At være læge er at håndtere diagnostisk usikkerhed. Vores risikotagning er sjældent 0 – vi skal derfor kunne lave et sikkerhedsnet. Det er vigtigt at være ærlig omkring det over for eks. patienten.
- Patienters tilstande er komplekse – ikke sort/hvid -> hitraten for abnorm test skal aldrig være 100 %. Jo mere alvorlig den mistænkte sygdom er, jo lavere bør risikovilligheden være.
- Ihærdighed for at skabe flow bør ikke skade patienten eller samarbejdet mellem sektorerne og patientens tillid til systemet.

Vi kan ikke kun agere ud fra, hvad vi som læger tænker er klogt. Vi må også tage patientperspektivet med. Det er fælles beslutningstagning.

I tråd med oplægget af Susanne Axelsen kan unødvendig testning tænkes at være drevet af faktorer som bekymring for at overse sygdom, frygt for påtale, krav fra patient og pårørende (tillid?), mangel på tid, kultur om at mere er bedre, behov for sikkerhed, retningslinjer og **manglende forståelse af, at medicin ikke er perfekt videnskab, men uperfekt kunst!**

Nogle gange kan mer-testning have fordel for patienten, når det medfører klarhed over sygdom. Andre gange kan ulempen være økonomisk udgifter for patient og systemet, øget røntgen bestråling af patient, risiko for infektion og blødning ved unødigt kirurgi, risiko for resistensudvikling ved unødigt antibiotika, risiko for bivirkninger ved unødigt medicin, bekymring hos patienten, tilfældige fund medfører yderligere udredning, andre for øget ventetid **og oplevelsen af inkompetence hos lægen!**

Artiklen, '*Defensive medicine: Is it time to finally slow down an epidemic's*' af Vento et al, foreslår dekriminalisering af diagnostiske fejl, mere tid til patientopgaver, mere opbakning fra afdelingsledelse til at have et læringsfokus på UTHer og bedre lovgivning om mediedækning.

Vi drøfter, at vi i Danmark er bedre stillet end artiklens forfattere, som er fra Kazakhstan og Italien.

Det kloge valg for patienten kan kræve fælles beslutningstagning

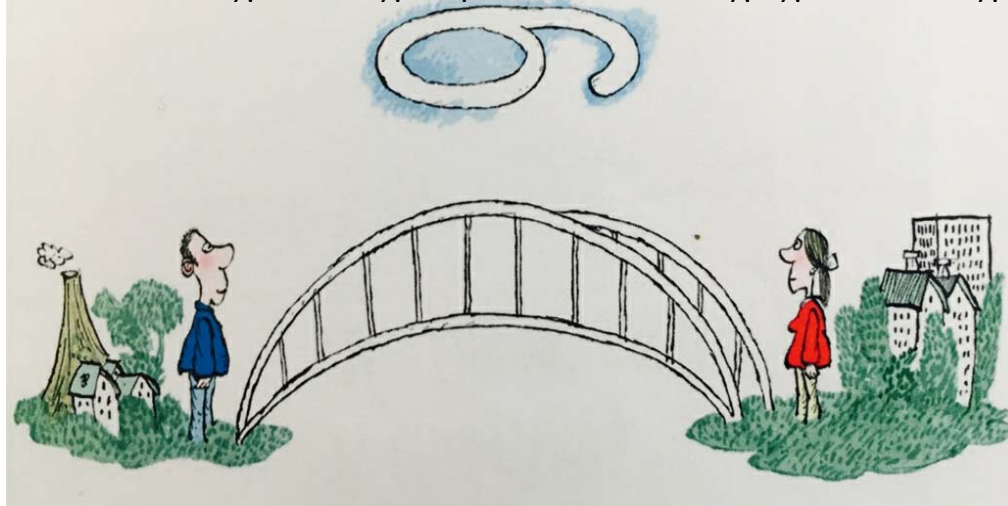
Samarbejdet mellem patient og behandler er beskrevet ved tre modeller:

1. Paternalisme-modellen: den professionelle indsamler, vurderer og beslutter, samt tager ansvaret i beslutningen og efterfølgende.
2. Informeret valg: patienten tager beslutningen med udgangspunkt i den sundhedsprofessionelles viden og erfaring. Patienten har selv ansvaret.

3. Fælles beslutningstagning: den sundhedsprofessionelle og patienten deltager begge i informationsprocessen – begge bidrager til beslutningen. Den professionelle skaber rammen for beslutningstagningen – ansvaret deles, men patienten bestemmer.

- Der findes gode videoer om det på patientforenings hjemmeside: <https://danskepatienter.dk/beslutningsstoettevaerktoej-til-alle-patientgrupper>.

Hvis vi spørger patienten, kan det være, at han/hun ikke ønsker at følge retningslinjen for udredning og behandling



Figur 25 Hvordan ser det kloge valg ud fra dit perspektiv?

Vi er eksperter på sygdom, men patienten er ekspert på oplevelse og betydning af sine symptomer eller kropslige sensationer, derfor skal vi altid huske at være ydmygt nysgerrige. Det er ikke sandsynligt, at vi kan gætte svarende på de fire F'er, derfor husk at spørg.

Forestillinger: Har du selv tænkt på, hvad dine symptomer kan skyldes?

Frygt: Er der noget, du er særligt bange for, at det kan være?

Forventninger: Hvad forventer du at blive hjulpet med under denne indlæggelse?

Funktionsniveau: Hvad betyder dine symptomer (og din bekymring) for din hverdag?

4.1.5 Psykologisk sikkerhed og udbytte af 3-timers møder

Psykologisk sikkerhed er noget vi finder i os selv og giver hinanden, som hjælper den enkelte til at blive sin bedste udgave. Det gør, at vi kan levere den bedste patientbehandling og opleve højere grad af handlefrihed og arbejdsglæde.

UKYlerne præsenterede udbyttet fra 3-timers mødet og besvarede spørgsmål fra deltagerne, se nedenfor.

Ortopædkirurgi v. Mathias Bjerring Ho

Klinisk briefing og debriefing før og efter OP -> øget læring på specifikke udvalgte læringsmål

Implementering af systematisk kompetencevurdering i ambulatoriet -> øget læring og oplevelse af mestring

Optimering af introduktionsprogram -> øge oplevelsen af at høre til

MV introduktion til LA-operationer på første LA-OP dag -> øget tryghed

Bedøvelse, Operation og Intensiv v. Anders Gade Kjærgaard

Etablering af doctor lounge -> et fagligt og psykologisk frirum, hvor man kan dele svære cases på det mere personlige plan

Etablering af kontor for uddannelseslæger -> et sted at være i fredstid, forebygge faglig og psykisk isolation

Implementering af invers feedback hvert halve år FEED UP -> optimering af læringsmiljø, udvikling af feedbackgivere

Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet v. Birgitte Lindved

Bagvagtsinvolvering og træning af håndtering af dårlige nyfødte børn -> øget tryghed

Case fra vagten -> mulighed for deling af oplevelser, der fylder

Kompetencetavle -> overblik, som kan hjælpe uddannelseslægen med fokus

Gennemgang af ambulatorie patienter fra morgenstund -> læring og sikkerhed

Røntgen og Skanning v. Mathias Møller Purup

Klare værktøjer til brug ved afholdelse af organkirurgisk konference -> øget tryghed, oplevelse af mestring

Klinisk kørekort på specifikke UL kompetencer -> klar kommunikation om, hvornår man mestrer og hvilke UL-undersøgelse, man kan udføre uden supervision

Klare aftaler om BV-support, når en uddannelseslæge er alene i "satellitfunktion" -> øget tryghed og patientsikkerhed

Akutafdelingen v. Mette Moen

Funktionsbeskrivelse for FV i skadestuen, herunder bedre introduktion og oplæring under supervision -> øget tryghed, læring og mestringsoplevelser

Tværfaglig Læringskultur i zoner -> øget ro, struktur og bedre læring under supervision

Trivselsforum -> et mødeforum for KBU-læger, hvor man drøfter vanskelige (eller gode) patientforløb

Fast aftale om supervision ved proceduretræning

Struktur på morgenkonferencen

Defusing efter vagt

Eftermiddagsoverlevering ved vagtskifte

Medicinsk Afdeling v. Mads Bisgaard Bengtsen

For-gennemgang og supervision i kardiologisk ambulatorium -> øget tryghed og læring

Værktøjer til optimeret oplæring af I-læger -> øget mestring og sikkerhed

Implementering af middags-team-konference -> øget læring og tryghed

Flere patienter på I-læges stuegangsprogram med adgang til supervision -> bedre læring

Defusing/debriefing -> øget arbejdsglæde, bedre læringskultur

Eget fokusområde som hver dag gøres eksplicit -> øget læring

Forum, hvor man kan dele nærfejl og fejl -> opgør med nulfejlskultur

Kirurgi v. Søren Michelsen Bach

Implementering af invers feedback -> optimering af læringsmiljø, legalisering af at tale om nærfejl på tværs af uddannelsesstrin

God tone intern og på tværs af faggrupper -> øget tryghed og arbejdsglæde

Supervision af ambulatoriefunktion -> øget læring, tryghed og patientsikkerhed

4.1.6 Workshop: Vælg klogt i et sikkert læringsmiljø

Deltagerne drøfter afdelingsvis de tiltag, som allerede er igangsat og som understøtter kloge valg, samt tiltag der ønskes iværksat for at træffe endnu flere kloge valg.



Figur 26 Stemningsbilleder fra workshop

4.1.7 UKYL-møde

Udarbejdelse af udkast til funktionsbeskrivelse og årshjul mm.

4.1.8 Senior-møde

Hvad vil det sige at være uddannelsesleder. Hvordan er ledelsesrummet?

Lederrollens 4 dimensioner drøftes lokalt mellem UAO og ledende overlæge

- Management/driftsledelse: skemalægning, arbejdstilrettelæggelse
- Personaleledelse: ansættelser (ofte sammen med ledende overlæge)
- Strategisk ledelse: hvordan vil vi tænke uddannelse; hvad er fokus; hvordan vil vi gøre det m.fl. (hvordan bliver det synligt for resten af afdelingen?)
- Ekspert/faglig ledelse: pizzamøder, karriererådgivning, vejlederforum, undervise i feedback, supervision mv. (sikre de kliniske vejledere/hovedvejledere er klædt på til opgaven).

Herefter drøftelse af tre cases, der udfordrer forskellige ledelsesroller og berører balancering af uddelegeret ledelse. Hvad kan håndteres af UAO, og hvad skal ledende overlæge involveres direkte i.

4.1.9 De bløde lægeroller

Har vi fokus på alle 7 lægeroller, særligt de bløde lægeroller (kommunikation, samarbejde)? Hvordan træner vi de bløde lægeroller bedst muligt?

4.1.9.1 Team-talk v. Birgitte Lindved

Kvindesygdomme og Fødsler har arbejdet meget med psykologisk sikkerhed. Hvordan er det trygt og givende at arbejde i et team? Ønske om ændring af kultur fra fejlfinding til fokus på det, der virker. Et miljø, hvor det er legalt at tage ting op, uden at der nødvendigvis er fejl involveret. Hvordan skaber vi en kultur, hvor det er "normalen"?

Styrke teamsamarbejdet – også tværfagligt (og på tværs af afdelingen).

... og dermed også et fokus på kvalitet i sidste ende.

Afdelingen har fået indarbejdet debriefing med fire kendte spørgsmål, som en del af dens DNA.

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

[Team-talk video](#)

Figur 27 Afdelingen for Kvindesygdomme, Fødsler og Fertilitet: *Team-talk video*

Nu er det ikke længere kun på fødegangen, der debriefes, men også i ambulatoriet og på OP. Det betyder, at den mulige vanskelige samtale har fået en tryk og kendt ramme.

4.1.9.2 Selvudviklende teams og lægelig videreuddannelse v. Marie Højriis Storkholm

Kvindesygdomme og Fødsler har arbejdet strategisk med selvbevidsthed (team bevidsthed), at blive klogere på sig selv – på egne og andres styrker og svagheder. Det er lykkedes afdelingen at sende 29 teams på camp. Teams 'ene er langt hen ad vejen selvkørende.

Bevidst udviklende organisation: udfordringen er ikke at holde igen på alle de kreative ideer – tværtimod. Det er at få dem. Der er en usikkerhed i forhold til, hvor selvkørende man må være. Dermed har ledelsen en opgave i forhold til at få italesat, at det er OK at undre sig og komme med forslag til andre løsninger (udfordre retningslinjer etc.).

På campen har man forsøgt at kombinere faglig udvikling med øvelse i at samarbejde på tværs. Lave sammenhænge, hvor man kan lære noget, mens man samtidig får lavet de opgaver, man skal løse. Indholdet på campen er fx personlig professionel udvikling, værktøjskassen til idé-generering/refleksion (samarbejdsprofiler) og teamsamarbejde.

Feedback-træning: kollega til kollega – Målet er at få en anden til at vokse. Er baseret på observationer – ikke meninger. Anerkendende tilgang – tager udgangspunkt i det, der virker... og hvor den anden har potentiale for at blive bedre.

4.1.9.3 Invers feedback – upward feedback på feedback v. Ulf Hørlyk og Sofie Holm-Christensen "Horsens-modellen".

Hvorfor lave invers feedback? I Akutafdelingen handlede det om at løse det klassiske hierarki – at udfordre særligt de ældre læger mhp. at udvikle sig i forhold til lærerrollen. Et andet vigtigt element er, at akutspecialet er helt nyt – dvs. måde, der superviseres og gives feedback var modtagelig for gode råd om optimering. Dette ønskede uddannelseslægerne at udnytte.

Struktur og indhold: afholdes 3 gange om året af 2 timers varighed. UKYL er ansvarlig for mødet. Speciallæger, HU-læger og Intro-læger drøftes. Feedback skal gå på evnen til at lære fra sig (supervisere og give feedback) og ikke på personen eller de faglige kompetencer. 2 yngre læger mødes med 1 erfaren læge (må ikke være hovedvejleder). Der italesættes 3 positive ting og 1 udviklingspunkt (+ udvikling siden sidst). Det er vigtigt med stringens, da det kan være svært – også som erfaren læge – at modtage feedback. Der er ledelsesopbakning, hvilket blandt andet ses i, at alle yngre læger honoreres for deltagelse i møderne.

Positive erfaringer - UKYL:

- UKYL laver anonymiseret sammenfatning med vigtigste "keep" og "improve" pointer.
- Sammenfatningerne gemmes i fælles e-mappe tilgængelig for alle i afdelingen.
- Uddannelseslæger får taletid direkte til supervisorerne.
- Uddannelseslæger får en ventil i et lukket, trygt forum til at diskutere supervision på et konkret plan.
- Man hører andres perspektiv på: hvad er god supervision?

Positive erfaringer – speciallæger:

- Høre uddannelseslægers perspektiv – hvad er god supervision.
- Vedvarende dyrke positiv opmærksomhed på supervision – og måden den gives på.
- Tiltagende åbenhed omkring personlig feedback (frivilligt).



FEEDBACK
HØR HØRT
HØR HØRT

Speciallægerne siger:

"Det var noget grænseoverskridende og næsten provokerende første gang... Ikke noget, som en klassisk mediciner er bekendt med. Og så skal vi slet ikke tale om en tidligere kirurg! ; -O"

"Værktøjet kræver balance, da vi alle er mennesker og nogen kan være lidt mere følsom end andre"

"Efterhånden, og alt i alt – er meget positiv omkring metoden"

"Vi er i gang med at gøre fremtidens speciallæger til vildt gode feedback givere"

"Vi, de erfarne, skal også være lydhøre for at blive bedre og lære nyt"

Ugeskrift for Læger, 16.01.2018

Figur 28 Udsagn fra speciallæger som opfølgning af implementering af Invers Feedback

Der opleves større psykologisk sikkerhed og nedbrudte magtstrukturer. Det gør det lettere at sige til og fra. Der er evidens for, at invers feedback kan øge læringsmiljøet. Umiddelbart forventes også en effekt på uddannelseslægers evne til selv at give feedback, da de får mulighed for at spejle sig og gøre sig bevidst konkret på kollegers måde at supervisere og give feedback.

Afdelinger, der gerne vil arbejde med invers feedback, kan med fordel drøfte en mini-SWOT – hvilke styrker, udfordringer, muligheder og trusler kan invers feedback have i vores afdeling – og er vi klar til det? Overvej at prøve det af i en mindre skala i første omgang.

4.1.10 Valg af fokusområder for 2020/2021

Uddannelsesteams foreslår følgende temaer/fokusområder:

Ansvar for egen læring + Medansvar for andres læring

Mod til at sige (Sexisme)

3. Samarbejde på tværs

- a. Inddragelse af uddannelseslæger i arbejdsgrupper for strategiske satsninger med fokus på udvikling af indsigt i processen bag gode beslutninger på tværs af afdelinger – ex hvor ligger patienterne bedst henne
- b. Samarbejde i vagttag mellem fx forvagt og bagvagt i samme afdeling eller på tværs mellem afdelinger

2. Meningsfuld medicin – defensiv medicin, det kloge valg, fælles beslutningstagning

3. Undervisning/arbejde på tværs – gode tiltag skal udbredes/transfer til andre afdelinger

4. Rekruttering/fastholdelse – hvordan kan vi blive bedre til at vise, hvad vi kan og dermed blive attraktive

5. Feedback på uddannelse – systematiseret, gerne tværfagligt

6. Tarzan på den fede måde / den "sårbare" læge – bedre til at drøfte opture og nedture

- a. Hvad forventer vi af lægerollen?

7. Hvornår indstiller man behandlingen af en patient?

Der stemmes om tema for det kommende uddannelsesår. Følgende vælges efter simpelt flertal:

"Ansvar for egen læring og medansvar for andres læring" og

"Samarbejde på tværs", herunder indsigt i bagvedliggende perspektiver i tværgående projekter og samarbejde på tværs i vagten.

5.0 Monitorering af lægelig videreuddannelse

5.1 INTERNE DATA

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

5.1.1 Faculty development

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

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

Alle vores uddannelsesansvarlige overlæger på nær en nyansat i 2020 har været på kursus som UAO, hvorfor dette mål er indfriet. På UAO kurset laver UAO en 3-års plan for lægelig videreuddannelse i egen afdeling. Jeg vil fremadrettet have større fokus på, om UAO oplever progression i denne plan.

Det tilstræbes, at speciallæger skal have gennemført "Vejlederkurset for speciallæger". Når vores introduktionslæger er på vejlederkursus, informeres de om, at kurset har en varighed på 10 år – altså er gældende frem i deres funktionstid som speciallæge. UAO og ledende overlæge står på mål for, om deres faculty har såvel kvalifikationer og kompetencer i forhold til lægelig videreuddannelse. Dermed må de aktivt vurdere, om en relativ nyuddannet speciallæge har de tilstrækkelige vejlederkompetencer.

Afdeling	UAO (fed: deltaget i Kursus for UAO)	UKYL	Antal speciallæger incl. ledende overlæge + deltidsansatte	Andel af speciallæger, der har deltaget i vejlederkursus
Akut	Trine Gade Dyrberg Kristina Galsgaard	Sofie Holm Christensen Mette Moen	15	50% (7)
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Anne Mette Skjødt-Jensen	Anders Gade Kjærgaard	16	69% (11)
Røntgen og Scanning	Kirsten Enø Pedersen	Francis Yolanda	10	50% (5)
Kirurgisk	Mehmet Öztoprak	Søren Michelsen Bach	15	93% (14)
Kvindesygdomme og Fødsler	Susanne Greisen	Birgitte Freilev Lindved	13 ^x	100% (13)
Medicinsk	Anne Lene Riis Christian Møller Sørensen	Mads Bisgaard Bengtzen Natalie Elb	30	43% (13)
Ortopædkirurgisk	Ole Kristensen	Mathias Bjerring Ho	20	25% (5)
Blodprøver og Biokemi	Else Marie Vestergaard		2	-

Tabel 4 UAO og UKYL og niveau for faculty development per 1.1.2020. ^x Speciallæger uden fertilitetslæger.

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

Afdeling	Antal feedback facilitatorer	Forventet antal evalueringer i perioden 1. sept. 2019- 30. sept. 2020 ^x	Faktuelt antal evalueringer i perioden 1. sept. 2019- 30. sept. 2020 ^y	Andel faktuel/forventet
Akut	4	29(+4 på barsel)	27	93%
Bedøvelse, Operation og Intensiv	1	5	5	100%
Røntgen og Scanning	2	4(+2 barsel)	4	100%
Kirurgisk	1	9	9	100%
Kvindesygdomme og Fødsler	2	12	11	92%
Medicinsk	3	27	25	108%
Ortopædkirurgisk	1	3	3	100%

Tabel 5 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.

Det anbefales, at uddannelseslæger får klar information om valg af respondenter, grupperinger og maksimal antal. Mundtligt tilsagn fra respondent, før uddannelseslægen inviterer, forventes at øge svarprocent og kvaliteten af besvarelsen. Det anbefales at have tolv respondenter fra 3-4 personalegrupper, samt at forberede valgte respondenter på opgaven 4 uger før, så feedbacken bliver valid og fritekst kommentarerne mere konkrete. Det forbedrer sandsynligheden for, at en handleplan kan tage afsæt i rapporten.

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

5.2 BRUGEROPLEVET KVALITET

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

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

	2017	2018	2019	2020
Akutafdelingen	43/43	45/46	48/48	38/45
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	6/6	9/9	5/56	6/7
Afdeling for Røntgen og Scanning	5/5	4/4	u3	4/4
Kirurgisk afdeling	9/9	12/12	11/11	10/14
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	13/13	13/13	14/14	13/16
Medicinsk afdeling	22/22	34/34	36/36	34/38
Ortopædkirurgisk afdeling	5/5	4/4	7/7	8/9

Tabel 6 Andel af uddannelseslæger, der har besvaret evaluer.dk ud af samtlige uddannelseslæger. 2020 har lavere svarprocent, da data er trukket januar 2021

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

Nedenfor vises en samlet score. Overordnet set har uddannelsesteams og deres kolleger god grund til at være stolte over en stabil flot indsats for uddannelse af speciallæger. En god evaluering må dog aldrig blive en sovepude som hæmmer nytænkning. 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	5,0	5,3	5,2	5,4
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,4	5,0	5,4	5,7
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,2	5,5	5,7	5,8
Kirurgisk afdeling	5,1	4,9	4,9	5,0
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,3	5,3	5,4	5,2
Medicinsk afdeling	4,8	4,8	4,8	5,0
Ortopædkirurgisk afdeling	5,3	5,7	5,3	5,2

Tabel 7 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	4,9	5,2	5,2	5,3
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,2	5,1	5,5	5,8
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,1	5,6	5,8
Kirurgisk afdeling	4,9	4,9	4,8	4,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,3	5,2	5,4	5,3
Medicinsk afdeling	4,9	4,9	5,0	5,0
Ortopædkirurgisk afdeling	5,2	5,7	5,4	5,3

Tabel 8 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	5,1	5,3	5,3	5,3
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,7	4,8	5,5	5,7
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,4	5,2	5,7	5,6
Kirurgisk afdeling	5,1	4,9	4,8	4,5
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,3	5,2	5,6	5,0
Medicinsk afdeling	4,5	4,7	4,7	5,0
Ortopædkirurgisk afdeling	5,4	5,7	5,3	5,0

Tabel 9 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	5,0	5,3	5,2	5,3
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,8	5,1	5,7	5,9
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,6	5,5	5,9	5,7
Kirurgisk afdeling	5,0	4,8	4,6	4,5
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,1	4,9	5,4	5,1
Medicinsk afdeling	4,4	4,8	4,7	5,0
Ortopædkirurgisk afdeling	5,5	5,3	5,2	5,1

Tabel 10 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	4,6	5,0	5,0	5,1
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	4,9	4,8	5,3	5,7
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,6	5,6	5,7	5,8
Kirurgisk afdeling	4,9	5,0	4,9	4,6
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	4,8	5,1	5,2	5,2
Medicinsk afdeling	4,6	5,0	4,8	5,1
Ortopædkirurgisk afdeling	5,4	5,7	5,4	5,2

Tabel 11 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	2017	2018	2019	2020
Akutfdelingen	5,7	5,8	5,8	5,9
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,5	5,7	5,8	6,0

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

Tabel 12 Evaluering af arbejdsklima

5.2.7 Øvrige

Samlet set har uddannelsesstedets indsats været tilfredsstillende.

Mit samlede uddannelsesmæssige udbytte har været tilfredsstillende.

Øvrige	2017	2018	2019	2020
Akutafdelingen	5,4	5,7	5,7	5,7
Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv	5,2	5,2	5,8	6,0
Afdeling for Røntgen og Scanning	5,7	5,2	5,8	6,0
Kirurgisk afdeling	5,4	5,5	5,2	4,8
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler	5,5	5,5	5,7	5,6
Medicinsk afdeling	4,7	4,9	5,0	5,3
Ortopædkirurgisk afdeling	5,8	6,0	5,6	5,6

Tabel 13 Evaluering af øvrige

5.3 DEN EKSTERNE EVALUERING

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

Der aflægges et rutinebesøg hvert fjerde år. Som resten af sundhedsvæsenet er den lægelige videreuddannelse dynamisk og i konstant udvikling, hvorfor en score fra et ældre inspektorbesøg ikke nødvendigvis er tidssvarende. På RH Horsens er det erfaringen, at et inspektorbesøg 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.

Desværre har covid19 medført aflyste besøg i 2020. Dertil er Sundhedsstyrelsens generel forsinket i at aflægge besøg, hvorfor fire af vores syv afdelinger afventer et snarligt besøg.

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, 16) Læringsmiljøet på afdelingen.

Afdeling	Seneste besøg	Evaluering af de 16 temaer fordelt på kategori			
		Utilstrækkelig	Behov for forbedringer	Tilstrækkelig	Særdeles god
Akut	Juni 2019	0	0	2	14
Bedøvelse, Operation og Intensiv	Okt. 2016	0	2 Sundhedsfremmer, forskning	9	5
Røntgen og Scanning	Okt. 2016	0	1 Forskning	2	13
Kirurgisk ¹	Sept. 2019	0	0	5	11
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 14 Bedømmelse ved sidste inspektorbeføg fordelt på fire niveauer.

6.0 Fremtidigt fokus & KÆMPE TAK FOR INDSATSEN

Det kommende år vil lægelig videreuddannelse fokusere på de valgte temaer. Ansvar for egen læring vil kalde på en revurdering af måden, vi modtager nye læger på. Hvis vi endnu tidligere i forløbet kan give vores uddannelseslæger en oplevelse af at mestre og endnu tidligere kan få dem til at føle sig som en del af fællesskabet, så øger vi deres motivation for - og mod på - at være proaktive med egen uddannelse. Forventningsafstemning skal være konkret: hvad kan du forvente, at vi tilbyder, og hvad forventer vi af dig. Ansvar for andres læring kalder på faculty development – herunder, at afdelingerne prioriterer, at nye speciallæger kommer på vejlederkurser, om end pandemien har skabt ventetid på kursuspladser. Lokalt vil jeg tilbyde halv- og heldags værktøjskurser i vejledning & feedback og hovedvejledning. Ude i afdelingerne er UAOerne ansvarlige for at italesætte uddannelsesopgaven og sikre kompetente vejledere. Måske er en forventningsafstemning også relevant i relationen mellem UAO og vejledere i forhold til, hvad der forventes af en klinisk vejleder og en hovedvejleder. Kan et light uddannelsesprogram med tydelig masterplan være lettere at vejlede ud fra?

Derudover skal vi have fokus på samarbejde i klinikken på tværs og i arbejdet om tværgående kvalitetsprojekter. Træning af ledelses- og organisatorrollen skal ikke alene omhandle klinisk ledelse, men også udviklingsledelse. Et forslag kan være at holde halvårlige fælles lægemøder for hele hospitalet, hvor arbejdsgrupperne for strategiske satsninger på skift fortæller om deres analyse og procesplaner.

Selvom jeg er meget godt tilfreds, når jeg kigger tilbage på 2020 – gør det mig alligevel ærgerlig, at pandemien skar det ud i pap, at uddannelsesbenet i den trebenede taburet bedst tildeles indflydelse og ressourcer, når vi har fredstid. Det har enkelte gange skabt unødigt arbejde i kulissen med at rydde op og korrigere beslutninger, der ikke i første omgang har kunnet tilfredsstille regler for uddannelsesjura. Fra hospitalsledelsens side er der givet grønt lys for at arbejde med nedsættelse af et strategisk uddannelsesråd på tværs af fagprofessioner. Dette arbejde håber jeg på, at vi i fællesskab lykkes med i 2021.

Det er meget væsentligt, at vi alle – og ikke mindst afdelingsledelserne – vedvarende bakker op om, at uddannelse koster. Det er en investering, som vi ikke har råd til at udelade. Hvis vi skal have et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for alle, er en afgørende forudsætning dygtige og veluddannede medarbejdere, der er stolte og kompetente i mødet med patienterne. Det vil gøde vores kultur og læringsmiljøer og bidrage til rekruttering og fastholdelse.

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 vedligeholde og forbedre den lægelige videreuddannelse på RH Horsens.

Berit Skjødeberg Toftegaard, UKO, januar 2021