

## OPSAMLINGSNOTAT

### Temamøde (3. møde) den 17. juni 2009 i Det Fælles Videreuddannelsesråd i Region Nordjylland

Planlægning, Kvalitet og  
Analyse

Sekretariatet for Lægelig  
Videreuddannelse

---

J.nr.: 1-13-5-0008-08  
Ref.: Dan Fanøe Nilsson  
Dato: 7. juli 2009  
e-post: dfn@rn.dk

#### Indledning

I regi af Det Fælles Videreuddannelsesråd i Region Nordjylland blev der den 17. juni 2009 på Utzon Centret afholdt temamøde. Temaet for rådsmødet var *”Uddannelseskapacitet versus driftshensyn, herunder problematikken overgang fra studieliv til lægeliv”*. Forud for temamødet blev de fem oplægsholdere præsenteret for mere konkretiserede talepunkter indenfor mødets temaramme.

Oplægsholdernes udleverede talepunkter (formuleret som problemstillinger) er nedenfor angivet med blå tekst.

Opsamlingsnotatet er udarbejdet under hensyntagen til det fælles ønske i Videreuddannelsesrådet om, at samle essensen af oplæggene og de efterfølgende drøftelser på temamødet, som efterfølgende kan cirkulere frit i videreuddannelsesmiljøet med henblik på videndeling og til inspiration.

#### **Oplæg ved Kjeld Martinussen (KM), vicedirektør og formand for Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse**

##### **Hvordan sikres der inden for rammerne af Videreuddannelsesregion Nord en god balance mellem uddannelseskapacitet og driftshensyn?**

Der er forskellige rammer og virkelighedsrealiteter indenfor henholdsvis ”driftsbehov” og ”videreuddannelse”.

Drift og videreuddannelse er hinandens forudsætninger:

- styrkepositionen er et stort og velfungerende sundhedsvæsen med stor drift og derfor også uddannelsespotentiale
- den største udfordring er lægemanglen, både uddannelsessøgende læger og speciallæger.

**Konstatering:** Når der er knappe ressourcer til driften indvirker dette også på videreuddannelsen. Drift og videreuddannelse er hinandens forudsætninger.

Drift og udvikling → ”hønen og ægget”. Ressourcer/økonomi er en nødvendig forudsætning for et godt uddannelsesmiljø. Tilstrækkelige betingelser: Ledelse, arbejdstilrettelæggelse, holdninger etc.

**Sammenhænge mellem identificerede dilemmaer:** Studiepladser efter geografi, og styret fordeling på specialer og geografi.

### **Hvordan kan der generelt sikres en god ”overgang fra studie liv til lægeliv”?**

KM præsenterede bud på aktuelle problematikker og svar i relation til spørgsmålet via tre kilder: forskningen, universitetet og basislægerne selv.

Kendetegnede for de tre kilder er, at der er tale om et reelt overgangsproblem. Det er derfor nødvendigt at iværksætte initiativer, der kan lette overgangen for den enkelte basislæge. Der er en vis variation i anviste løsningsforslag, men et gennemgående tema i forbindelse med overgangen er oplevelsen af isolation (”Palle basislæge alene i verden”), og et stort behov for kompetent og let tilgængelig supervision/vejledning til basislægerne. Forskningen på området siger, at mange nyuddannede læger har vanskeligt ved at overføre den teoretiske bagage til den kliniske virkelighed, og at mange oplever dilemmaet mellem at kunne selv og oplevelsen af utilstrækkelighed.

Universitetet (Studienævnet på Aarhus Universitet) har nedsat fem arbejdsgrupper, der har til formål at komme med anbefalinger med henblik på at reformere/modernisere den lægevidenskabelige kandidatuddannelse.

**Løsningsforslag:** Arbejdsgruppe nr. 1 havde som opdrag at analysere overgang mellem studie og arbejdsliv. Arbejdsgruppen formulerede 10 konkrete anbefalinger med henblik på at sætte fokus på en bedre overgang:

1. Aktiv klinik
2. Teori-overføring
3. Lægerollen
4. Klinikophold
5. Undervisningskompetence
6. Kommunikation og samarbejde
7. Karrierevejledning
8. Personlig vejleder
9. Mentorordning
10. Afdelingsevaluering.

Universitetet har i forlængelse heraf konkret påpeget 3 vitale roller, som bør beskrives og udfyldes med henblik på at lette overgangen:

1. Studentervejlede på hver afdeling, som har daglig praktisk ansvar (f.eks. at basislægerne indtænkes i vagtplanen)
2. Personlig hovedvejleder, som har vejledningsansvar for 3-4 lægestuderende på afdelingen
3. Mentorordning: den studerende tilknyttes en mentor, som følger den basislæge gennem hele basislægeuddannelsen.

KM refererede til, at Basislægerne (YL) har formuleret 6 indsatsområder/anbefalinger, der skal opprioriteres for at kunne lette overgangen:

1. Øget medindflydelse på arbejdstilrettelæggelsen og at blive opfattet som kollega
2. Uddannelse som supervision i hverdagen og jævnlig feedback

3. Lægeboliger
4. Børnepasning, f.eks. attraktivt med døgnpasning
5. Rekruttering via gode klinikophold, hvor teori og praksis integreres, og hvor de studerende ”bruges til noget”
6. Uddannelsesdage for læger i basisuddannelse.

## Oplæg ved Tove Nilsson (TN), cheflæge Aalborg Sygehus

### Hvorfor er Lægelig Videreuddannelse også en ledelsesopgave?

Sygehusledelsen har det overordnede ansvar for lægers videreuddannelse på det enkelte sygehus. Ledelsen kan medvirke til at sikre strukturen på området. TN påpeger, at det såvel teoretisk som praktisk er dokumenteret at uddannelse kræver organisation.

**Udfordring:** I de kommende år vil der komme et større optag på medicinstudiet → flere Yngre Læger der skal videreuddannes samtidig med at der bliver færre speciallæger til at uddanne dem.

**Udfordring:** Fysiske rammer – flere læger/personale i eksisterende sygehusbygninger.

Håndtering af lægelig videreuddannelse på ledelsesniveau (Aalborg Sygehus):

- Skabe en organisation
- Uddannelseskoordinerende overlæge
- Commitment fra afdelingsledelserne
- Arbejdsvilkår for uddannelsesansvarlige
- Vejlederuddannelse
- Arbejde for at integrere de uddannelseskoordinerende yngre læger
- Skabe mødefora – faglige netværk

**Konklusion:** Der er ifølge TN tre vigtige elementer i ledelsesstøtten:

1. Ledelsen skal prioritere uddannelse, bl.a. ved at
  - a. være synlig og aktiv, og bakke op
  - b. anvende tid, økonomi, tilvejebringe fysiske rammer, faciliteter
  - c. følge op - temperaturmålinger
2. Ledelsen skal være sparringspartner og idémager
3. Ledelsen skal skabe synlighed, og respekt for uddannelse på egen matrikel og på nationalt plan.

### Hvordan kan ledelsen bidrage til at få en god ”overgang fra studieliv til lægeliv”?

**Udfordring:** Sikre at de Yngre Læger gennem deres uddannelse tilegner sig de nødvendige kompetencer m.v., der matcher forventningerne til en færdig læge (fagligt, praktisk, professionelt og socialt). Sikre at den færdige læge oplever sig kompetent – identifikation med lægerollen – selvstændighed.

TN anskuer problemstillingen ud fra to perspektiver: Prægradual indsats og postgradual indsats.

#### Prægradual indsats:

- Sparring med studiekoordinator

- Øve indflydelse i forbindelse med revision af curriculum
- Sommervikariater
- Studentervikariater
- Veltilrettelagt introduktionsprogram
- Færdighedstræning/simulationstræning
- Arbejde for at studenterne bliver anset som en kollega på afdelingen
- Være repræsenteret ved ”Specialernes dag”.

#### **Postgradual indsats:**

- Sparring med uddannelseskoordinerende overlæge
- Veltilrettelagt introduktionsprogram
- Godt informationsmateriale
- Støtte på bag DPU
- Opfordre til netværksdannelse
- Sikre tilgang til færdighedstræning
- Fokus på yngre læger
- Følge evalueringerne tæt.

Generelt skal uddannelse på hospitalerne styrkes, og der bør være mere ledelsesmæssig fokus på området.

**Forslag:** Initiering af et udviklingsprojekt der udreder, hvordan læger kan komme til at lave mere lægearbejde.

## **Oplæg ved Lars Riber Zebis (LRZ), bestyrelsesmedlem i Foreningen af Yngre Læger**

### **Hvordan sikres en god ”overgang fra studieliv til lægeliv”?**

Hvad møder den nye læge?

- Fra teori til praksis (fra universitet til klinisk afdeling)
- Mødet med ”systemet” (den kliniske afdeling) er voldsomt
- Bemandingen
- Angsten for at begå fejl
- Journaler.

LRZ påpeger, at overgangsprocessen skal lettes og ledelsen skal ind over og sørge for at der etableres tiltag der kan afhjælpe problemet. For at imødekomme overgangsprocessen skal en række forhold være en realitet/erkendt:

- Anerkende de ”nye” lægers oplevelse
- Være opmærksom på at der er tale om en fælles forpligtelse
- Klare opgaver og tydelige forventninger til basislægen
- Lav en forventningsafstemning
- Fjern fejlfindingskulturen.

### **Hvad er ledelsens ansvar og opgaver?**

LRZ påpeger, at ledelsen spiller en vigtig rolle for at lette overgangsprocessen, bl.a. ved at:

- Sørge for der adgang for de yngre læger til kvalificeret vejledning.
- Sørge for at vejlederne har de rigtige og efterspurgte kompetencer og kvalifikationer. Der er brug for flere forskellige typer vejledningskompetencer, hvorfor ledelsen skal være mere opmærksom på at identificere og spotte de rigtige vejledere på den enkelte uddannelsesafdeling.

### **Hvordan kan mobiliteten (til udkantsområder) blandt uddannelsessøgende læger øges?**

LRZ angriber problemstillingen ud fra et rekrutteringsperspektiv, og påpeger, at det først og fremmest er de udbydende uddannelsessteder der skal påtage sig en profileringsopgave med henblik på at tiltrække kvalificerede yngre læger. De yngre læger har qua lægemanglen nærmest frit valg på arbejdsmarkedet.

- De lokale uddannelsessteder skal blive bedre til at profilere sig. De populære uddannelsessteder er ofte kendt som gode uddannelsessteder blandt yngre læger på grund af gode ”rygter” og omtale. Omvendt: Negativ omtale holder yngre læger væk!
- Hele organisationen skal rekruttere læger
- Ambassadører
- Individuelle behov – opsøg viden!

LRZ påpeger, at hospitaler i Danmarks udkantsområder skal gøre sig mere umagen for at tiltrække sig opmærksomhed med henblik på at rekruttere yngre læger.

**Udfordring:** Geografi – de største byers hospitaler er mest populære og efterspurgte blandt yngre læger.

### **Er de enkelte sygehuse parate og gearet til at imødekomme yngre lægers krav og behov?**

LRZ påpegede, at set ud fra et efterspørgselsperspektiv og den nuværende (vedvarende) lægemangel bør hospitalerne undersøge hvad andre hospitaler gør for at tiltrække og rekruttere yngre læger med henblik på at kunne tilbyde mere end ”konkurrenterne”.

Eksempelvis ”Life balance” blandt yngre læger – tilrettelæggelse af arbejdet under hensyntagen til yngre lægers livsfaser på arbejdsmarkedet. Udnytter sygehusene Ny Løn til at rekruttere og fastholde? LRZ’s pointen er, at hospitalerne i langt højere grad end i dag bør sørge for at fremstå som attraktive arbejdspladser overfor de yngre læger, eksempelvis ved at tilbyde moderne og tidssvarende lægeboliger og aktivt brug af Ny Løn etc.

## **Oplæg ved Ole Mygind (OM), cheflæge Sygehus Thy-Mors**

### **Hvordan kan små sygehusenheder kvalitativt bidrage positivt til at styrke kvaliteten af den lægelige videreuddannelse?**

OM refererede til Berit Eika i hans karakteristik af overgangen fra novice (basislæge) til ekspert (speciallæge).

OM pointerede, at der generelt er lang række naturlige forskelle mellem rollen som ny basislæge og rollen som erfaren læge på en klinisk afdeling. Der skal gøres en indsats for at gøre basislægen til speciallæge. Indsatsen strækker sig over tre stadier:

- Begynderstadiet:
  - regler, mange fejl, abrupte bevægelser og meget energi
- Mellemstadiet:
  - situationsbestemte faktorer, færre fejl, flere sammenhængende handlinger og mindre energi
- Slutstadiet:
  - gør næsten umiddelbart det rigtige, næsten uden fejl, økonomiske sammenhængende bevægelser og lidt energi.

### **Hvordan sikres en god "overgang fra studieliv til lægeliv på små sygehuse"?**

Tre sammenhænge skiller sig som særlige vigtige for at lette overgangsprocessen:

1. Lineær sammenhæng mellem øvelse og ekspertise
  - a. det tager op imod 10 år at tilegne sig fagekspertise
2. God vejledning
  - a. lærer basislægen at kombinere mønstergenkendelse og analyse
  - b. hjælper basislægen til at se forskelle og ligheder ved patienter, der ligner hinanden
  - c. lader den studerende prøve selv og igen
  - d. lader den studerende formidle sine erfaringer gennem undervisning af andre
3. Motivation via anerkendelse, ansvar, kliniske opgaver, støtte.

### **Forskellen på små og store sygehusenheders styrker og svagheder?**

OM påpegede, at små sygehus's kvaliteter som uddannelsessted er:

- Mange almindelige (uselekterede) patienter pr. student
  - prøver selv kræfter med mange patientforløb
  - får lov til at assistere med mange patientforløb
  - man lærer bedre i forreste række end på 10. række
- Få patienter pr. vagt = god tid til den analytiske proces
  - let at følge op på patientforløbet
- Vejledning fra speciallæge, der er ekspert
  - ingen mellemvagt – bagvagten er længe i huset og har tid!
- Få seniore kollegaer
  - eksperter og novicer kender hinanden, man er mindre bange for at dumme sig. Man ved hvor der skal sættes ind
- Trygt reservelægemiljø – med bredde.

## **Oplæg ved Jan Greve (JG), sekretariatschef, Videreuddannelsessekretariatet, Videreuddannelsesregion Nord**

### **Hvorfor er der behov for høje krav til uddannelseskapaciteten?**

Der er et stigende/konstant efterspørgselspres efter flere læger. Der synes at være behov for gradvist øget kapacitet i uddannelse og videreuddannelse. Indsatsen bør koncentreres omkring:

- Flere studerende
- Fortsat rekruttering fra udlandet, indtil vi selv kan uddanne læger nok
- Lige nu kan udbud af læger ikke følge med kapacitet i videreuddannelsen – pause i udbygning?
- Det er efterspørgslen, der driver kapacitetsbehovet.

**Arbejdsfordeling:** Læger skal kun lave lægearbejde. Mange læger udfører arbejdsopgaver der ikke er traditionelle lægeopgaver. U hensigtsmæssig arbejdsfordeling for læger er stærkt medvirkende til at skabe mangel på lægearbejdstimer.

**Foreningen af Yngre Læger:** Øget fokus på arbejdsglidning er godt, og der bør fokuseres mere på at læger primært laver lægearbejde og mindre af andre funktioner, som bør overtages af andre faggrupper med de rette kompetencer.

Arbejdsglidning fra speciallæge til uddannelsessøgende læge - altså den yngre læge skal i højere grad kunne overtage arbejdsopgaver fra speciallæge med henblik på at dygtiggøre sig fagligt.

### **Hvad kan et lille sygehus tilbyde set i et videreuddannelsesperspektiv?**

Et lille sygehus kan sagtens have den højeste produktion af en given behandling fordi opgaven er decentraliseret til et mindre sygehus. Dette taler for at uddannelsespotentialt ved mindre sygehuse også udnyttes optimalt.

Det er en pointe, at der intet entydigt svar er på betydningen af styrker og svagheder på henholdsvis store og små sygehuse. Det afhænger af den konkrete vurdering. For tiden fylder uddannelseskapaaciteten meget i debatten når uddannelseskapaacitet versus driftshensyn diskuteres i de faglige miljøer. Særligt når der sondres mellem uddannelsespotentialt på henholdsvis små og store hospitaler.

Generelt kan det dog siges, at en sygehusenheds styrke i forhold til videreuddannelsen bl.a. afhænger af:

- Patientvolumen
- Specialiseringsgrad
- Supervision og bemanning
  - i vagttid
  - i dagtid
- Arbejdstidstilrettelæggelse og arbejdsindhold
- Krav til det enkelte uddannelsesforløb

### **Fri diskussion:**

**Fleksibilitet:** Har vi de rigtige organisatoriske håndtag at dreje på? Videreuddannelse på en eller flere sygehusmatrikler? Der er af yngre læger ofte blevet fremhævet at uddannelsesophold på et uddannelsessted er mest optimalt. Blandt andet fordi forskning har dokumenteret at det typisk tager 2-3 måneder at falde til i en afdeling.

**Akutafdelinger:** Yngre Læger vil meget gerne bidrage til at opbygge og tage del i de kommende Fælles Akut Modtagelser (FAM)", herunder deltage i de formelle fora (arbejdsgrupper etc.) der går forud for FAM etableringen. Yngre læger vil endvidere gerne bidrage konstruktivt til at inkorporere den lægelige videreuddannelse i FAM-regi.

**Diversiteten i uddannelsesbilledet** – mindre steder kan være fænomenale til at uddanne inden for et relativt snævert område, mens større uddannelsessteder normalt til gengæld kan tilbyde et bredere vifte af uddannelses tilbud.

**Supervision:** Foreningen af Yngre Læger fremhæver, at tidlig inkorporering af supervision blandt de yngre læger vil øge kvaliteten af de speciallæger der kommer ud i den anden ende.

Det blev fremhævet, at der skal arbejdes med holdninger, kultur etc. med henblik på at tilrettelægge arbejdsfunktionerne på uddannelsesafdelingerne.

Det blev fremhævet, at vi (regionerne!) måske har solgt speciallægetilstedeværelsen forkert, i den forstand at der er skabt forventninger om at patienter kun skal møde speciallæger (og ikke yngre læger), da speciallæger anses som den ypperste behandlerkompetence/fagperson. Speciallæger skal også bruges til at supervisere yngre læger, så der sker en kvalitativ solid oplæring inden for specialet.

**Attraktive uddannelsesstillinger:** Sygehusene skal skærpe indsatsen for at skabe attraktive uddannelsesmiljøer, herunder initiere tiltag der vedvarende forbedre de givne forhold. **Hvordan?** Ændrer uddannelseskulturen blandt den mere modne /ældre del af lægerne. Der kan bl.a. indledes en dialog med afdelingsledelserne med henblik på at støtte afdelingernes situation. Gode eksemplers magt, f.eks. 3-timers rapporter, inspektorrapporter og evaluer.dk. Lokale uddannelseskoordinatorer, således at de yngre læger altid har en faglig og pædagogisk funderet person at rette henvendelse til med henblik på råd og vejledning etc.

**Specifikke uddannelsesopgaver:** Der bør fokuseres mere på enkeltstående/specifikke uddannelsesopgaver på de enkelte uddannelsesafdelinger. De uddannelsessøgende læger skal i højere grad end i dag inddrages aktivt i at udføre regulær patientbehandling (f.eks. operative indgreb).

**Branding:** Foreningen af Yngre Læger opfordrer uddannelsesstederne i Region Nordjylland til at blive bedre til at brande og profilere de tiltag og initiativer, der medvirker til at kvalificere og modernisere den lægelige videreuddannelse.