

# Godt uddannelsesmiljø inden for anæstesiologien

Rikke Malene Hartvigsen Grønholm Jepsen<sup>1,2</sup>, Helle Thy Østergaard<sup>3</sup> & Kim Wildgaard<sup>1,4</sup>

## UDVIKLINGS-ARTIKEL

1) Foreningen af Yngre Anæstesiologer

2) Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Herlev Hospital

3) Anæstesiologisk Afdeling I, Herlev Hospital

4) Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet

Den anæstesiologiske speciallægeuddannelse er dynamisk; ny viden om uddannelse af yngre læger implementeres løbende. De største forandringer i de seneste 10-15 år skyldes øget anvendelse af forskningsbaseret medicinsk pædagogik [1] og Sundhedsstyrelsens uddannelsesreform af den lægelige videreuddannelse i 2004 [2].

Begrebet individuel uddannelsesplan (U-plan) blev indført i 1998 for uddannelsessøgende læger (US) [3], vigtigheden af en individuel U-plan blev understreget af uddannelsesreformen, hvor U-planen blev gjort obligatorisk for alle specialer. Uddannelsens struktur blev kompetencestyret, og uddannelsesporteføljen blev introduceret [1, 2].

Uddannelsen evalueres generelt af US ved afslutningen af de enkelte uddannelseselementer og på afdelingsniveau ved inspektorbesøg, men der er efter gennemførelsen af uddannelsesreformen i 2004 ikke rapporteret om samlede specialespecifikke evalueringer.

Foreningen af Yngre Anæstesiologer (FYA) ønskede en nøjere specialespecifik afdækning af de overordnede uddannelsesforhold for de yngre læger i specialet vha. en enquete. Formålet med denne artikel er at rapportere om status for brugen af de formaliserede begreber: vejleder, uddannelsessamtale og U-planer, som indførtes med uddannelsesreformen i

2004, og at beskrive US's muligheder for udvikling inden for de forskellige lægeroller samt give indblik i afdelingernes uddannelsesmiljø.

## MATERIALE OG METODER

Enqueten var en elektronisk spørgeskemaundersøgelse, der blev sendt ud til alle FYAs medlemmer med registreret e-mail (n = 362, 98%) i foråret 2010.

E-mailen indeholdt et link til spørgeskemaet med en unik kode, som både anonymiserede svaret og sikrede, at der kun kunne besvares én gang. Der blev rykket for svar to gange, efter tre og fem uger.

Godkendelse fra Den Centrale Videnskabetiske Komité er ikke nødvendig for denne type spørgeskemaundersøgelse. Begrebet US inkluderer i denne artikel læger i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger (I- og HU-læger).

## RESULTATER

Vi modtog 245 besvarelser (68%). Samtlige anæstesiologiske uddannelsesafdelinger i Danmark frasat afdelingerne på sygehusene i Aabenraa og Holstebro var repræsenteret.

I 2010 var der 212 HU- og 108 I-stillinger, hvilket betyder, at der var en besvarelsesprocent på henholdsvis 43 (HU-læger) og 47 (I-læger).

Vi ekskluderede 60 besvarelser, enten fordi respondenterne ikke var ansat inden for det anæstesiologiske speciale, eller fordi besvarelserne var mangelfulde.

Introduktion til en vejleder inden eller umiddelbart efter ansættelsens start skete for 93% af US. At speciallægerne virkede fortrolige med målbeskrivelse, logbog og kompetencekort, var 96% af I-lægerne helt eller delvist enige i, 18% af HU-lægerne var uenige i dette.

For 76% af US blev introduktionssamtalerne afholdt inden for de første 14 dage af ansættelsen, som det kræves af Sundhedsstyrelsen.

Uddannelsessamtalerne opfattedes som helt eller delvist konstruktive for henholdsvis 99% og 93% af I-lægerne og lægerne i uklassificerede stillinger (U-lægerne) og 80% af HU-lægerne.

For 76% af US blev der udarbejdet U-plan sammen med vejlederen inden for den første måned. U-planen blev fulgt helt for 66%'s vedkommende og delvist for 30%'s vedkommende. Der blev angivet høj



Vejledning af den yngre anæstesiolog (modelfoto).

Fotograf: Rikke Malene Hartvigsen Grønholm Jepsen.

grad af tilfredshed med uddannelsesmiljøet og god mulighed for at udvikle sig i lægerollen ud over rollen som medicinsk ekspert (**Tabel 1**).

## DISKUSSION

Enqueten viser, som den første specialespecifikke undersøgelse siden indførelsen af uddannelsesreformen i 2004, at de formaliserede begreber som vejleder, evalueringssamtaler og U-planer i høj grad er implementeret inden for anæstesiologi.

### Vejleder

Ifølge enqueten er brugen af vejledere fuldt ud implementeret for US, hvilket også er rapporteret for klinisk basisuddannelses (KBU)-læger i 2009 [4], i modsætning til i FYAs undersøgelse fra 1997-1998, hvor blot 34% havde en vejleder [5].

Det er problematisk, at en ud af fem HU-læger finder, at speciallægerne ikke er fortrolige med målbeskrivelse, logbog og kompetencekort. Årsagen kan være, at HU-lægerne stiller større krav til vejlederne, end I-lægerne gør, at det som vejleder er vanskeligere at være opdateret på den mere omfattende målbeskrivelse for HU-læger eller være relateret til afdelinger, der ikke har I-læger. En undersøgelse på tværs af specialer vil kunne afdække, om det er et generelt problem for HU-læger.

### Vejledersamtaler

Det er tidligere rapporteret, at 74-79% af US i Danmark deltager i evalueringssamtaler [1, 4-7], hvilket svarer til, hvad vores enquete viser, når det gælder afholdelse af introduktionssamtale inden for de første 14 dage. At vejledersamtalerne er konstruktive og ikke blot en formalitet, er over 92% af I- og U-læger helt eller delvist enige i. At en femtedel af HU-lægerne er uenige, er problematisk og bør undersøges nærmere. Yngre Lægers Uddannelsesenquete fra 2006 viste, at de aftaler, der blev indgået ved samtalerne, blev overholdt i høj eller nogen grad for 84%'s vedkommende [6]. Vi spurgte kun, om introduktionssamtalen blev afholdt inden for de første 14 dage, og ikke om de resterende uddannelsessamtaler blev afholdt. Flere detaljer om alle vejledersamtalerne bør inkluderes i fremtidige enquirer.

### Uddannelsesplaner

Individuelle U-planer er centrale for at målrette uddannelsen til den enkelte læge, således at uddannelsesprogrammet gennemføres effektivt, og uddannelseskapaleteten udnyttes optimalt [2].

En individuel U-plan blev udarbejdet i forbindelse med vejledersamtaler for 80% af de anæstesi-



TABEL 1

	Ja	Delvist	Nej	
<i>Afdelingernes uddannelsesmiljø</i>				
Vurdering af uddannelsesmiljø og mulighed for at udvikle kompetencer ud over medicinsk ekspert, bedømt af yngre læger inden for anæstesiologi i uklassificerede, introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i foråret 2010, n (%).				
Hvordan vurderer du arbejdstilrettelæggelsen?				
Som uddannelsessøgende læge er arbejdsopgaver bestemt af behovet for faglig udvikling	69 (40)	90 (52)	15 (8)	
Arbejdsopgaver tager i høj grad hensyn til uddannelsesopgaver	141 (86)	22 (13)	1 (1)	
<i>Hvorledes identificeres uddannelsessituationer?</i>				
Systematisk f.eks. ved »præ-møder« eller lignende	47 (30)	85 (54)	26 (16)	
Uddannelsessøgende læger tilkaldes til uddannelsessituationer, der identificeres i klinikken	49 (31)	91 (57)	19 (12)	
Man fornemmer et fælles ansvar i afdelingen for at udnytte uddannelsessituationer	70 (43)	68 (42)	23 (14)	
Der er stor forståelse for, at enhver uddannelsessituation identificeres og udnyttes	65 (41)	65 (41)	30 (19)	
<i>Hvorledes vurderer du afdelingens uddannelsesmiljø?</i>				
Er der fokus på uddannelse i afdelingen?	121 (77)	33 (21)	4 (3)	
Er der ledelsesmæssig opbakning til uddannelse?	114 (73)	33 (21)	9 (6)	
Strukturen i afdelingen virker befordrende for uddannelsen	77 (49)	60 (38)	21 (13)	
Det er trygt for de uddannelsessøgende læger at tale om forhold, der er utilfredsstillende eller bør forbedres	102 (65)	49 (31)	6 (4)	
Der lyttes og reflekteres over kritik og bekymringer fra de uddannelsessøgende læger	92 (59)	62 (40)	2 (1)	
<i>Vurdering af mulighederne for at udvikle sig som andet end medicinsk ekspert</i>				
Undervisning i egen afdeling	121 (75)	36 (23)	3 (2)	
Fungere som ekstern underviser	91 (55)	42 (26)	31 (19)	
Deltage i kvalitetsudviklingsarbejde	77 (51)	63 (41)	12 (8)	
Deltage i forskning	70 (45)	48 (31)	38 (24)	
Fungere som leder/administrator på projekter	40 (29)	52 (37)	48 (34)	
Få feedback på rollen som professionel	63 (43)	66 (45)	18 (12)	

logiske I-læger i 2006 [1], en tilsvarende stor andel findes også i denne enquete.

Enqueten viser, at U-planerne er en inkorporeret del af uddannelsen i anæstesiologi og respekteres og følges, hvilket står i skarp kontrast til, at kun halvdele af lægerne i Yngre Lægers Uddannelsesenquete 2006 angav at have en U-plan [8], og til data fra 2009, hvor blot 42% af KBU-lægerne havde en U-plan [4].

At frekvensen af U-planer i anæstesiologi er høj, kan skyldes, at man i 2004 afholdt specialespecifikke kurser om den nye speciallægeuddannelse for kliniske vejledere i alle regioner. Deltagerens udbytte blev beskrevet som værende stort og langtidsholdbart [9]. En anden årsag til U-planernes udbredelse kunne være, at man har arbejdet med individuelle uddannelsesprogrammer på de enkelte afdelinger fra 1997-1998 [5] og tidligt deltaget i Sundhedsstyrelsens inspektorordning, der kræver dokumentation for U-planer. Andelen af anæstesiologiske I-læger, der har en U-plan, er ikke vokset fra 2006 [1] til 2010, hvilket kan skyldes en »ceiling-effekt« i denne type undersøgelser.

#### Afdelingernes uddannelsesmiljø

Ifølge *Malling et al* [10] er uddannelsesmiljøet i de enkelte afdelinger afgørende for den medicinske uddannelse. Det er derfor meget tilfredsstillende, at deltagerne i enqueten vurderede, at uddannelsesmiljøet var befordrende for læring. *Mortensen et al* [3] fandt en lille øgning i brug af U-planer efter indførelsen af uddannelsesreformen for læger i alle specialer i Uddannelsesregion Nord. De konkluderede, at kliniske lektorerers pædagogiske kompetenceniveau og ændring af uddannelseskulturen er væsentlig for at opnå effekt på den kliniske uddannelse [3].

Inden for anæstesiologien har man siden starten af det nye årtusinde styrket de pædagogiske kompetencer. En stor del af de læger, der er involveret i udviklingen af den anæstesiologiske uddannelse, er specifikt efteruddannet i medicinsk pædagogik. Dette samt involveringen af en bred gruppe af anæstesiologer i arbejdet med videreuddannelsen [1] vurderes at være afgørende faktorer for, at mange af de tiltag, der blev efterspurgt for knap 13 år siden [5], er implementeret i dag (Tabel 1).

Begrebet »de syv lægeroller« er indeholdt i uddannelsesreformen fra 2004 [2]. Enqueten dokumenterer, at US ved ansættelse på en anæstesiologisk afdeling har god mulighed for at udvikle kompetencer ud over at være medicinsk ekspert. Dette gælder også U-læger. Der skal fortsat arbejdes for at involvere flere yngre læger i forsknings- og kvalitetsprojekter. Desuden bør der sættes større fokus på specifik feedback i lederrollen, og rollen som professionel bør beskrives tydeligere i uddannelsen.

#### Metode

I enqueten blev uddannelsesforholdene for US i det anæstesiologiske speciale undersøgt kvantitativt. Sammenligninger med andre undersøgelser begrænses af forskellige formuleringer i spørgeskemaer. Svarprocenten var acceptabel, og repræsentationen nationalt var næsten komplet.

#### KONKLUSION

Resultaterne af denne store specialespecifikke enquete for anæstesiologi viser, at de formaliserede begreber, der blev introduceret med uddannelsesreformen i 2004, i dag er tæt på fuldt ud implementerede. Enqueten dokumenterer, at der er et særdeles godt uddannelsesmiljø på landsplan, også for læger, der ikke er i formaliserede uddannelsesforløb.

Frekvensen og kvaliteten af vejledersamtaler samt de kliniske vejlederes fortrolighed med målbeskrivelse og portefølje bør undersøges nærmere.

Det vurderes, at andre specialer vil kunne bruge lignende enqueter til at identificere de specialespecifikke indsatsområder, hvor de overordnede uddannelsesforhold kan forbedres.

**KORRESPONDANCE:** Rikke Malene Hartvigsen Grønholm Jepsen, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev.  
E-mail: rmj@underhavet.dk

**ANTAGET:** 31. november 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 13. februar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Tak til de af FYAs medlemmer, der besvarede enquete 2010.

#### LITTERATUR

1. Skjelsager K, Malling B, Bested KM et al. Implementering af nationalt kompetenceprogram i anæstesiologi. *Ugeskr Læger* 2008;170:3557-61.
2. [www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20%20Publikatione\\_r\\_i\\_pdf/2000/speciallaege.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20%20Publikatione_r_i_pdf/2000/speciallaege.ashx) (25. jul 2011).
3. Mortensen L, Malling B, Ringsted C et al. What is the impact of a national postgraduate medical specialist education reform on the daily clinical training 3.5 years after implementation? *BMC Med Educ* 2010;10:46.
4. Rasmussen U. Unge læger dumper den kliniske basisuddannelse. *Ugeskr Læger* 2010;172:418-9.
5. Keld DB, Nielsen JA, Ruhnau BK et al. Uddannelsesforhold for det anæstesiologiske speciale. *Ugeskr Læger* 2002;164:2516-21.
6. [www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Karriere%20og%20Kurser/Uddannelse/VIDEREUDDANNELSE/PROGNOSER\\_OG\\_ENQUETER/YL-uddannelsesenquete%202006](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Karriere%20og%20Kurser/Uddannelse/VIDEREUDDANNELSE/PROGNOSER_OG_ENQUETER/YL-uddannelsesenquete%202006) (25. jul 2011).
7. Rungby JA, Nielsen TG, Ørntoft S. Yngre otologers uddannelsesenquete. *Ugeskr Læger* 2001;163:510-4.
8. Hulgaard M, Rahbek B. Kvalitet i sundhedsvæsenet, ja tak! *Ugeskr Læger* 2007;169:75-6.
9. Malling B, Bested KM, Skjelsager K et al. Long-term effect of a course on in-training assessment in postgraduate specialist education. *Med Teach* 2007;29:966-71.
10. Malling B, Mortensen LS, Scherpbier AJ et al. Educational climate seems unrelated to leadership skills of clinical consultants responsible of postgraduate medical education in clinical departments. *BMC Med Educ* 2010;10:62.