



# UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB I LÆGERS UDDANNELSE I VIDEREUDDANNELSESREGION NORD

---

Rapport fra forskningsprojekt (2012-2014)

Af Mette Krogh Christensen, Karen Norberg, Lotte O'Neill,  
Rune Dall Jensen, Signe Gjedde Brøndt, Lene S. Mortensen, Peder Charles

**Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb  
i lægers uddannelse i Videreuddannelsesregion Nord.**  
Rapport fra forskningsprojekt (2012 – 2014)

**Publikationsdato**

12. januar 2015

**Forfattere**

Mette Krogh Christensen<sup>1</sup>,  
Karen Norberg<sup>2</sup>,  
Lotte O'Neill<sup>1</sup>,  
Rune Dall Jensen<sup>1</sup>,  
Signe Gjedde Brøndt<sup>1</sup>,  
Lene S. Mortensen<sup>3</sup>,  
Peder Charles<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser  
(tidligere: Center for Medicinsk Uddannelse), Aarhus Universitet.

<sup>2</sup> Region Midtjylland, Sundhedsuddannelser  
samt Videreuddannelsesregion Nord

<sup>3</sup> Aarhus Universitetshospital

**Udgiver**

Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser,  
Aarhus Universitet,  
Palle Juul-Jensens Boulevard 82,  
8200 Aarhus N.

**© Forfatterne**

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes sendt til forfatterne.

Kontakt: Mette Krogh Christensen: mkc@medu.au.dk

**Dataetik**

Forskningsprojektet er anmeldt til og godkendt af Datatilsynet. Da der i forskningsprojektet alene er anvendt ikke-identificerbare personlige oplysninger, og da projektet ifølge Den Nationale Videnskabsetiske Komite ikke kan karakteriseres som et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt, er det ikke anmeldelsespligtigt til en videnskabsetisk komite

Tryk og grafisk opsætning  
AU Kommunikation

Oplag: 300

ISBN: 978-87-994448-1-6

# FORORD

Vi har en ambition om at være den bedste videreuddannelsesregion for læger i Danmark. Det kræver en vedvarende indsats på en række områder – et af disse er arbejdet med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er et velkendt problem både internationalt og i Danmark, men vi mangler viden om, hvilke faktorer der forårsager uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, og hvilke indsatser der kan begrænse dem. Den rapport, du sidder med her, er et værdifuldt bidrag til at belyse problemstillingerne i en dansk kontekst og dermed et godt udgangspunkt for det videre arbejde med at forebygge og afhjælpe uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

I Videreuddannelsesregion Nord arbejder vi til stadighed på at optimere og forbedre uddannelsessystemet og uddannelsesstederne. For eksempel er vejlederkurser nu obligatoriske, og der er uddannelseskoordinerende overlæger på stort set alle hospitaler i hele videreuddannelsesregionen. Hovedparten af uddannelsesstederne opnår gode evalueringer fra uddannelseslægerne og får flotte vurderinger af Sundhedsstyrelsens inspektorer. Dette er en bemærkelsesværdig bedrift i et sundhedsvæsen, der til stadighed forandres og udfordres af vedvarende krav om øget effektivitet.

Det er inspirerende at følge afdelinger, der formår at vende et mindre godt uddannelsesmiljø til en uddannelsessucces. Det kan være afdelinger, der har fået dårlige evalueringer og en negativ inspektorrapport, men som har taget udfordringen op og har forbedret forholdene for lægers uddannelse. Når en afdeling gør en målrettet indsats omkring uddannelse, kan der opnås overbevisende resultater på kort tid. Det ved vi, for når der igen evalueres, er det ofte en helt ny og bedre uddannelse, der beskrives.

Succesfulde uddannelsesafdelinger har særlige karakteristika: god procedure for introduktion, vedholdende opmærksomhed på organisering af uddannelse og inddragelse af alle læger i uddannelsesopgaven. At satse på et godt uddannelsesmiljø for alle læger er en vigtig indsats for at forebygge og håndtere uhensigtsmæssigheder i uddannelsen.

Visionen er, at alle uddannelseslæger oplever at få de bedste vilkår for deres uddannelse. Ansvar for uddannelsen ligger hos lægen selv, men som uddannelsessystem skal vi skabe optimale rammer, så lægen bliver klædt på til at betjene fremtidens sundhedsvæsen og at yde det bedste for sundhedsvæsenets vigtigste aktør: patienterne.

**Kjeld Martinussen,**

Formand for Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse,  
Videreuddannelsesregion Nord

# INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
<b>1. Indledning</b> .....	5
Definition af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb .....	5
<b>2. Projektets baggrund og formål</b> .....	7
<b>3. Omfang, adfærd og årsager</b> .....	9
Omfanget af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb .....	10
Alder og hospitalstyper .....	10
Køn og speciale .....	14
Adfærd .....	12
Årsager .....	12
Indsatser .....	14
Udfaldet af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb .....	15
Konklusion på spørgeskemaundersøgelsen .....	16
Et kvalitativt blik på adfærd og årsager .....	16
Syv adfærdsmæssige opmærksomhedspunkter .....	16
Sen feedback og prioritering af drift .....	17
Svære perioder .....	18
Konklusion på fokusgruppeinterviews .....	19
<b>4. Prægraduat historik: Kan uhensigtsmæssige uddannelsesforløb identificeres allerede på medicinstudiet?</b> .....	20
Resultater .....	20
Konklusion på case-kontrol-studiet .....	21
<b>5. Indblik i lægernes oplevelser og erfaringer med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb</b> .....	23
Resultater .....	24
Stress .....	24
Den afsatte tid til opgaverne .....	24
Angst og usikkerhed .....	25
Afklaring af roller (mellem professionel og privat) .....	26
Forskellige forventninger (balancen mellem arbejde og uddannelse) .....	27
Mangel på netværk .....	28
<b>6. Samlet konklusion</b> .....	30
Feedback, forventningsafstemning og syv opmærksomhedspunkter .....	30
Prægraduat historik: 'slow learners' .....	31
Stress, manglende rolleafklaring og netværk .....	31
Kulturen på arbejdspladsen: en nøglespiller .....	31
<b>7. anbefalinger</b> .....	33
Kulturskabelse .....	34
Vejlederteams .....	35
Netværk .....	35
Timing af indsatser .....	35
<b>8. Projektgruppen</b> .....	37
Udvalgt litteratur .....	39
Links .....	39

# 1. INDLEDNING

Rapporten omhandler resultater fra et forskningsprojekt om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord.

Denne rapport samler ny viden om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i lægers uddannelse til brug for både uddannelsesstagere og uddannelsesgivere samt de myndigheder, der sætter rammerne for lægers videreuddannelse. Det er hensigten, at den nye viden kan danne grundlag for forebyggelse og håndtering af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og dermed bedre læringsmuligheder for alle læger i uddannelse. Det er også tanken, at den nye viden kan omsættes til en række anbefalinger og indsatsmuligheder, der kan støtte genoprettelsen af uddannelsesforløb, hvis noget er gået skævt.

Rapporten kan læses af alle med interesse for lægelig uddannelse og kan bruges som inspiration til fx temadage på uddannelsessteder eller undervisning af vejledere. Det er ønsket, at denne rapport bidrager til en forståelse af, at det ikke nødvendigvis er lægen, der er noget galt med, men selve uddannelsesforløbet, der har været indrettet uhensigtsmæssigt, og at det derfor ofte er muligt at rette op på problemer i uddannelsen. Et af de vigtigste redskaber til at håndtere og forebygge uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er at adressere problematikker så tidligt som muligt i forløbet – det kan være ting, man oplever som vejleder, leder, kollega eller uddannelseslæge.

Åben dialog, feedback og fælles strategier for håndtering af de individuelle udviklingspunkter, som alle uddannelseslæger har, er vejen både til trivsel og til en vellykket uddannelse.

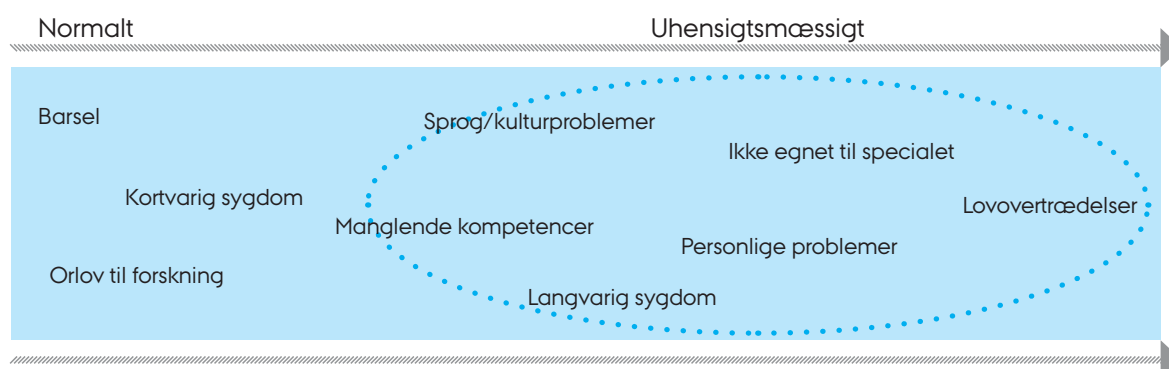
## DEFINITION AF UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb defineres ofte som en modsætning til det normale uddannelsesforløb. Det normale uddannelsesforløb forudsætter at:

- Alle dele af ansættelsen og uddannelsen gennemføres som planlagt.
- Alle kompetencer opnås og godkendes.
- Alle kurser gennemføres og godkendes.

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb indebærer en uønsket afvigelse fra ovenstående. Det vil for eksempel sige, at en afvigelse som barsel ikke er uhensigtsmæssig, men at en fødselsdepression i forbindelse med barslen og som følge deraf en lang sygdom og en langsom tilbagevenden til arbejdet er en uønsket afvigelse, og dermed kan den udgøre en del af et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Figur 1 nedenfor giver et overblik over, hvordan ændringer i uddannelsesforløb både kan være hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige.

Figur 1. Ændringer i uddannelsesforløb



I Videreuddannelsesregion Nord er uhensigtsmæssige uddannelsesforløb defineret som:

*"Et uddannelsesforløb for en læge, som ikke inden for det planlagte forløb er i stand til at opnå de kompetencer, som uddannelsesprogrammet angiver. Årsagen hertil kan ligge både hos den yngre læge og hos uddannelsesstedet. Forløb, der alene ændres på grund af orlov, sygdom eller aftaler om forskning m.v. er ikke omfattet".*

Forskningsprojektet har taget udgangspunkt i ovenstående definition og har og har beskæftiget sig med to typer af beskæftigede sig med to typer af uhensigtsmæssige afvigelser fra det planlagte uddannelsesforløb:

1. Samme (uændret) uddannelsesaftale: Uddannelsesforløb med problemer, som indebærer afvigelser fra den oprindelige uddannelsesplan, men som håndteres på arbejdspladsen og inden for den oprindeligt fastsatte tidsramme.

2. Ny (ændret) uddannelsesaftale: Uddannelsesforløb med problemer, hvor uddannelsesmyndigheden involveres, fordi uddannelsesaftalen ændres, fx forlængelser, flytning til anden afdeling, afskedigelse, eller ændring af rækkefølgen af ansættelser.

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er krævende, både for den pågældende læge, vejlederen og den uddannelsesansvarlige og for afdelingen som helhed. Vores indtryk er, at alle på en afdeling på den ene eller anden måde berøres, når der er et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Disse forløb kræver ofte mange ressourcer, selvom de er få i antal.

”

*Det der med at være alene, det er nemlig det, at så kan man godt tænke: Er det kun mig, der har den vurdering af den uddannelsessøgende? Er det noget med kemien? Er der noget, der gør, at min vurdering ikke er helt optimal? Og derfor er det så dejligt befriende, når man så endelig kommer i snak med andre”.*

---

Uddannelsesansvarlig overlæge

”

*Jeg blev bare mere og mere ked af det, så det var bare et spørgsmål om at prøve at holde sammen på mig selv, når jeg var på arbejde, og så kunne jeg tudbrøle, når jeg kørte hjem i bilen, og når jeg kom hjem og var mig selv. Energien forsvandt, jeg orkede ikke at gå ned og drikke en kop kaffe med en veninde på en café, selvom jeg har fem minutters gang”.*

---

Læge i (tidligere) uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb

## 2. PROJEKTETS BAGGRUND OG FORMÅL

De fleste uhensigtsmæssige uddannelsesforløb korrigeres undervejs i samarbejde med uddannelsesstedet. Det er kun en mindre del af de uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, der kræver mere omfattende foranstaltninger. Uanset udgør uhensigtsmæssige uddannelsesforløb en belastning for de involverede parter og kan i alvorlige tilfælde være anledning til smertefulde erfaringer med kompetencesvigt og tillidssvigt for både den pågældende læge, kolleger på uddannelsesstederne og ikke mindst patienter.

I den relativt sparsomme internationale videnskabelige litteratur på dette område anslås det, at 5-7 % af alle uddannelseslæger er "trainee in difficulty", dvs. i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Denne gruppe læger har behov for ekstra træning eller særlige superviserede forløb for at kunne gennemføre deres uddannelse på tilfredsstillende vis.

Litteraturen breder sig over mange forskellige forskningsmetoder (kvalitative såvel som kvantitative) og flere tematikker som eksempelvis professionalisme, supervision og arbejdstidsbelastning. De fleste empiriske studier er gennemført i USA, England og Canada og er domænespecifikke, dvs. de omhandler et specifikt speciale eller et specifikt uddannelsessted. Dertil kommer, at de fleste studier tager udgangspunkt i databaser, skriftlige indberetninger og/eller bedømmelser samt spørgeskemaundersøgelser blandt uddannelsesansvarlige overlæger og/eller ledere af uddannelsesprogrammer. Kun et forsvindende lille antal af de artikler, som vi har kunnet finde om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, tager udgangspunkt i uddannelseslægens egne erfaringer med og refleksioner over at have været igennem et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb.

På tværs af forskningen og den publicerede litteratur om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb blandt læger finder vi en række fællestræk omkring udbredelsen og karakteren af disse forløb:

- Stort set alle lægelige uddannelser og uddannelsessteder (uanset speciale og geografisk placering) møder læger, der har uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.
- Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb har ikke ét særligt problem, men mangeartede og sammenflettede

problemfelter; deres adfærd og karakteristika er forskellige og komplekse, og de inkluderer alle syv lægeroller.

- Den vanskeligste opgave for uddannelsesmiljøet er at identificere, ekspliciter og afhjælpe lægens problemer i den professionelle rolle.
- Forskningen drejer sig mest om personlige karakteristika hos lægen, som anses som den umiddelbare underliggende årsag til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, mens konteksten for uddannelsesforløbet og arbejdskulturen i lægens afdeling sjældent er undersøgt.
- De mest udbredte interventioner over for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er forlængelse af ansættelsesperioden, hyppigere feedback, personlige samtaler med lægen om forventninger til forbedring, dog sjældent med specifik støttende indsats fra afdelingens side.

Den præcise forekomst af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb blandt danske læger har indtil nu ikke været opgjort. Der har derfor heller ikke været viden om, hvilke faktorer der er mest afgørende for, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb opstår, løses og undgås. Den internationale litteratur tyder på, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er forbundet med identitetsmæssige og kulturelle faktorer, men disse har indtil nu ikke været undersøgt i en dansk kontekst. Fænomenet uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er alligevel et velkendt problem, også i Danmark. I videreuddannelsesregionerne er der udarbejdet guidelines for og kurser i håndtering af disse forløb. På uddannelsesstederne er man opmærksom på emnet, og der gøres et stort erfaringsbaseret arbejde med at forebygge og håndtere uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. For at løfte området yderligere er der behov for systematisk viden om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i Danmark og behov for overblik over omfang og kendetegn, der kan danne grundlag for hensigtsmæssige indsatser og bedst mulige processer.

I en dansk kontekst er der behov for:

- at få overblik over omfang og tidsmæssig udstrækning af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb
- at forstå identitetsmæssige og uddannelseskulturelle aspekter af forløbene
- at kunne forebygge, tidligt identificere og hurtigt afhjælpe uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Vores udgangspunkt er, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb skal ses i mange nuancer, lige fra kortvarige problemstillinger til længerevarende problematikker, der begynder i den prægraduate uddannelse og ender med manglende speciallægeanerkendelse. Vores udgangspunkt er endvidere, at vi skal forstå forløbene som et samspil mellem karriereforventninger, uddannelsesmiljø og individuel udvikling hos den enkelte læge for at kunne forebygge og afhjælpe uhensigtsmæssige uddannelsesforløb på en systematisk og kvalificeret vis.

Vores mål med forskningsprojektet er derfor:

1. At kortlægge uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord med hensyn til omfang, karakteristika og årsager
2. At identificere overgange i lægens uddannelsesforløb samt forhold i uddannelsen, der indebærer særlig risiko for udvikling af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb
3. At etablere forskningsbaseret ramme for, hvordan vi kan forstå uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, dvs. få klarhed over, hvilke begreber og modeller der kan beskrive, hvad der foregår, når et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb opstår, og hvad det indebærer for lægen og afdelingen
4. At opstille tiltag til hurtig identifikation af og handling på uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Målene opnås gennem udarbejdelsen af tre delprojekter:

1. Overblik over omfang, adfærd og årsager. Projektet er deskriptive og forstående undersøgelser, hvor målet er at opnå ny viden som kan give et overordnet overblik over omfang, adfærd og årsager, som er forbundet med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.
2. Prægraduate historik. Projektet er et case-kontrol-studie, hvor målet er at beskrive medvirkende faktorer i den prægraduate historik hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb sammenlignet en kontrolgruppe matchet på dato for bestået kandidateksamen.
3. Indblik i oplevelser og erfaringer. Projektet er en fortolkende undersøgelse, hvor målet er at opnå ny viden, som kan give et dybere indblik i, hvordan læger i uhensigtsmæssige såvel som uhensigtsmæssige uddannelsesforløb forstår og ser deres uddannelse. Dette delprojekt skal give os indblik i, hvordan forskellige faktorer spiller sammen i konkrete oplevede uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Samlet set danner de tre delprojekter grundlag for at udvikle en nuanceret forståelse af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb med henblik på at opstille mulige tiltag til hurtig identifikation af og handling på uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Figur 2. Oversigt over delprojekterne

Flere perspektiver på uhensigtsmæssige uddannelsesforløb		
Delprojekt	Metoder	Deltagere
Overblik over omfang, adfærd og årsager	Spørgeskema	Uddannelsesansvarlige overlæger i Videreuddannelsesregion Nord (n = 115)
	Database (evaluer.dk)	Læger registreret i 'Evaluer.dk' (n = 2399)
	Fokusgruppeinterviews	Uddannelsesansvarlige overlæger og postgraduate kliniske lektorer (PKL'er) (n = 22; 3 fokusgrupper)
Prægraduate historik: Kan uhensigtsmæssige uddannelsesforløb identificeres allerede på medicinstudiet?	Case-kontrol-studie	Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb (n = 89) Kontrolgruppe (n = 343)
Indblik i oplevelser og erfaringer med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb (fortalt af lægerne selv)	Narrative interviews	Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb (n = 10)
	Fokusgruppeinterviews	HU-læger (n = 16; 3 fokusgrupper) I-læger (n = 6; 1 fokusgruppe) KBU-læger (n = 5; 1 fokusgruppe)

På de næste sider bliver resultaterne fra hvert af de tre delprojekter præsenteret hver for sig. Delprojekterne munder hver især ud i en række konklusioner. Herefter bliver konklusionerne på tværs af delprojekterne præsenteret i en samlet konklusion for

hele forskningsprojektet. Til slut præsenteres en perspektivering af, hvad resultaterne kan betyde for fremtidig planlægning af indsatser i forbindelse med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.



### 3. OMFANG, ADFÆRD OG ÅRSAGER

For at få overblik over omfanget af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord og over den adfærd og de årsager, som synes at knytte sig til de uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, besluttede vi at inddrage uddannelsesansvarlige overlægers erfaringer. I internationale studier af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er det ofte netop de uddannelsesansvarlige overlæger, der er den vigtigste informationskilde, da de sidder inde med betydelig erfaring og 'hands-on' oplevelser med yngre kollegers uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Derfor rettede vi spørgeskemaundersøgelsen mod de uddannelsesansvarlige overlæger, som er ansat ved hospitaler i Videreuddannelsesregion Nord.

Vi designede et spørgeskema, som fokuserede på tre forskellige temaer. Det første tema omhandlede afdelingens demografi og antallet af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb (i 2012). Det andet tema var karakteristika ved den seneste læge i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb (alder, køn, nationalitet, uddannelsesmæssige baggrund, aktuelt uddannelsesniveau, speciale) samt den uddannelsesansvarlige overlæges vurdering af adfærden hos og årsagerne til denne læges vanskeligheder. I lighed med tidligere studier (se for eksempel Tabby

et al. 2011 og Yao & Wright 2000) skelnede vi mellem adfærd og årsager til vanskeligheder, da der ikke nødvendigvis er en direkte sammenhæng mellem lægens adfærd og årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Det tredje tema fokuserede på afdelingens konkrete indsats i forbindelse med denne læge. De fleste spørgsmål i spørgeskemaet havde en liste af mulige svar, hvoraf den uddannelsesansvarlige overlæge kunne vælge et eller flere svar. Svarmulighederne var designet på baggrund af eksisterende udenlandske studier af uddannelsesansvarlige overlægers forståelse af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og eksisterende viden om adfærd og årsager, som er knyttet til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Spørgeskemaet blev udsendt om et elektronisk spørgeskema.

I marts 2013 sendte vi spørgeskemaet til 157 uddannelsesansvarlige overlæger, svarende til alle uddannelsesafdelinger i Videreuddannelsesregion Nord. Svarprocenten var på 73 % for helt afsluttede besvarelser og 77 % for helt eller delvist afsluttede besvarelser. I det følgende anvendes termen 'respondenter' om alle de uddannelsesansvarlige overlæger, der har besvaret det aktuelle spørgsmål.

**Tabel 1. Respondenter og respons**

Populationer	Antal	Procent af populationen
Inviterede respondenter	157	100,0%
Afsluttede besvarelser	115	73,2%
Delvist gennemførte besvarelser	7	4,5%
Ikke-respondenter	35	22,2%

Vi bad de uddannelsesansvarlige overlæger om at angive, hvor mange uddannelseslæger de havde på afdelingen i 2012, og hvor mange af disse der var i fare for ikke at opnå de fastlagte kompetencer til tiden. Vi spurgte på denne måde, dels fordi definitionen af et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb vedrører netop muligheden for at opnå de fastlagte kompetencer inden for en given tidsramme, og dels fordi vi erkender, at uhensigtsmæssigheder i uddannelsesforløb er et fænomen, som ikke kan afgrænses knivskarpt i praksis, men derimod er en vurderingssag, som blandt andet involverer den uddannelsesansvarlige overlæges bedste skøn over, hvor problematisk en given situation er.

Hvor mange uddannelseslæger var i 2012 i fare for ikke at opnå de fastlagte kompetencer til tiden?

Her angav de uddannelsesansvarlige, hvor mange uhensigtsmæssige uddannelsesforløb de havde på deres afdeling.

6,8 % af alle uddannelseslæger i 2012.

Ved at indhente data fra databasen evaluer.dk på alle de uddannelseslæger, som var aktive i 2012, fik vi en baggrundspopulation, så det blev muligt at se på forskelle i demografiske karakteristika mellem gruppen af alle læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb og gruppen af læger i uhensigtsmæssige forløb. Vi havde data på køn, alder, lægens tidligere uddannelse fra dansk eller udenlandsk universitet, lægens speciale og ansættelser på regionshospital eller universitetshospital.

#### Almen medicin:

Vi har ikke data for læger i hoveduddannelse i almen medicin under deres ansættelse i almen praksis, men udelukkende for de læger, som på undersøgelsestidspunktet var i hospitalsdelen af deres speciallægeuddannelse. Disse data giver ikke anledning til at tro, at der hverken er flere eller færre uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i almen medicin, men vi kan ikke konkludere det på de foreliggende data.

#### OMFANGET AF UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB

I alt havde 120 respondenter tilsammen haft kendskab til 2041 uddannelseslæger i 2012, hvoraf 138 uddannelseslæger blev angivet som værende i uhensigtsmæssige forløb. Det svarer til 6,8 % af alle uddannelseslæger i 2012 eller cirka 1 ud af 15 uddannelseslæger. Fordelt på antal deltagende afdelinger i spørgeskemaundersøgelsen vil det svare til, at hver afdeling i gennemsnit havde 1,15 uddannelseslæge i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb i 2012.

#### ALDER OG HOSPITALSTYPER

Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er generelt ældre end baggrundspopulationen, og uhensigtsmæssige uddannelsesforløb erkendes ofte sent. Det fremgår, at de uddannelsesansvarlige overlæger ofte har mistanke om, at der er tale om et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb allerede inden for de første tre måneder efter lægens ansættelse på afdelingen. Resultaterne viser dog også, at interventioner over for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb alligevel oftest først sker på tredje-fjerde år af hoveduddannelsen – altså relativt sent i uddannelsesforløbet. Tabel 3 (se den modstående side) viser en samlet oversigt over de vigtigste resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.

Vi kan konstatere, at de læger, der har en udenlandsk universitetsuddannelse, oftere end baggrundspopulationen får uhensigtsmæssigheder i deres uddannelsesforløb. Når vi ser på respondenternes uddybende kommentarer (i fritekstfelterne til uddybning af afkrydsningsvar) vedrørende årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, peger noget på, at den sproglige barriere kunne være en primær årsag til disse 'skæve' forløb.

Resultaterne tyder på, at sandsynligheden for at få identificeret uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er større for uddannelsesansvarlige overlæger ved universitetshospitalerne end for lægerne ved regionshospitalerne (se Tabel 2). Vi ved ikke, hvorfor det forholder sig sådan, men udefra set har de to typer af hospitaler forskellige udfordringer og arbejdsopgaver, hvilket muligvis indvirker på dels lægens uddannelsesmæssige muligheder og betingelser og dels afdelingens behov og forudsætninger. En nærmere undersøgelse af disse forhold vil kunne belyse dette resultat yderligere.

**Tabel 2. Andel af uhensigtsmæssige forløb på to hospitalstyper i 2012**

	Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb	Hensigtsmæssige uddannelsesforløb
Universitetshospital	107 (78 %)	1104 (58 %)
Regionshospital	31 (22 %)	799 (42 %)
Total	138 (100 %)	1903 (100 %)

Pearsons  $\chi^2=20,3242$  og  $p=0,000$ .

Universitetshospitaler er defineret som: Aarhus og Aalborg universitetshospitaler, samt psykiatrien i hhv. Risskov og ved Aalborg universitetshospital. Alle andre hospitaler er betegnet regionshospitaler.

#### KØN OG SPECIALE

Der er ikke procentvis forskel på, hvor mange mænd og kvinder der har uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Der er heller ikke forskel på specialerne, når man ser på forekomsten af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb inden for de tre forskellige kategorier af overordnede specialer: medicinsk, kirurgisk eller

tværgående. Vi har ikke haft mulighed for at undersøge forskelle blandt de enkelte specialer. På dette overordnede niveau må vi konstatere, at problematikken omkring uhensigtsmæssige uddannelsesforløb synes at vedrøre alle specialekategorier og ikke kan henføres til et specielt fagområde.

**Tabel 3. U hensigtsmæssige uddannelsesforløb versus alle uddannelseslæger i 2012**  
**Spørgeskema og evaluer.dk.**

Variabel	Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb (n = 133)	Alle uddannelseslæger (N = 2399)	P-værdi
<b>Køn</b>			
Kvinder	76 (57 %)	1445 (60 %)	0,479
Mænd	57 (43 %)	954 (40 %)	
Total	133 (100 %)	2399 (100 %)	
<b>Alder</b>			
≤30 år	24 (18 %)	569 (24 %)	0,005
31-35 år	58 (44 %)	948 (40 %)	
36-40 år	28 (21 %)	638 (27 %)	
≥41 år	22 (17 %)	244 (10 %)	
Ved ikke	1 (0 %)	0 (0 %)	
Total	133 (100 %)	2399 (100 %)	
<b>Uddannelsestrin</b>			
KBU	11 (8 %)	382 (16 %)	0,004
I	34 (26 %)	634 (26 %)	
H	87 (65 %)	1383 (58 %)	
Ved ikke	1 (0 %)	0 (0 %)	
Total	133 (100 %)	2399 (100 %)	
<b>Universitet (H-læger)</b>			
Dansk	50 (57 %)	1165 (84 %)	0,000
Udenlandsk	34 (39 %)	180 (13 %)	
Ved ikke	3 (3 %)	38 (3 %)	
Total	87 (100 %)	1382 (100 %)	

To respondenter havde >5 problematiske forløb i 2012, hvilket betyder, at vi 'gik glip af' beskrivelser af fem problematiske forløb i 2012, og at vi derfor har 133 af de 138 problematiske forløb i 2012 i denne tabel.  
 Statistik: FET=Fisher's Exact Test.

**Tabel 4. Andel af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb på lægelige specialer i 2012**

	Medicinske	Kirurgiske	Tværgående	Total
Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb	44 (6,4%)	74 (7,0%)	20 (8,1%)	138 (6,8%)
Ikke uu-forløb	639 (93,6%)	988 (93,0%)	276 (91,9%)	1903 (93,2%)
Total	683 (100%)	1062(100%)	296 (100%)	2041 (100%)

Tværgående specialer inkluderer også hoveduddannelseslæger i almen medicin, der er ansat på hospitaler.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at de uddannelsesansvarlige ofte har mistanke om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb allerede før eller inden for de første 3 måneders ansættelse.

Resultaterne viser dog også, at interventioner over for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb alligevel ofte først sker på tredje eller fjerde år af hoveduddannelsen.

### ADFÆRD

I spørgeskemaet blev de uddannelsesansvarlige spurgt, hvilken adfærd de oftest observerede i forbindelse med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Nedenfor er den rapporterede adfærd rangeret efter, hvor ofte en given adfærd blev angivet af respondenterne:

**Tabel 5. Observeret adfærd hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb**

Adfærd	Respondenter (n=100)
1. Viste ikke passende forståelse for egen rolle og formåen som læge	53%
2. Handlede ikke hensigtsmæssigt i stressede situationer	53%
3. Tog ikke passende lederskab i samarbejdssituationer	48%
4. Havde svært ved at nå sit arbejde indenfor en acceptabel tidsramme	48%
5. Indgik ikke konstruktivt i samarbejdssituationer	41%
6. Kunne ikke formidle lægefaglige problemstillinger	38%
7. Fungerede ikke i relationen med kollegaer og/eller personalet	36%
8. Kunne ikke omsætte viden til den kliniske praksis	34%
9. Deltog ikke aktivt i uddannelsesmiljøet på afdelingen	28%
10. Viste ikke interesse for at lære nyt (faglig viden og kliniske færdigheder)	28%
11. Forsvandt i arbejdstiden/ havde hyppigt fravær	28%
12. Lavede mange lægefaglige fejl i den kliniske praksis	26%
13. Mestrede ikke dialogen med patienten og/eller pårørende på en ordentlig og respektfuld måde	25%
14. Havde svært ved at rådgive om sundhed og sygdom	19%
15. Viste ikke forståelse for patienternes sociale og/eller kulturelle baggrund i vejledning- og rådgivningssituationer	19%
16. Handlede ikke i overensstemmelse med etiske retningslinjer	7%

Respondenterne havde mulighed for at afgive mere end ét svar.

Tabellen viser, at det ofte er den professionelle rolle, lederrollen og tidspresset, der volder problemer i uddannelseslægenes adfærd. Først længere nede på listen er adfærd, som drejer sig om medicinsk faglighed og kliniske færdigheder.

### ÅRSAGER

Spørgeskemaet indeholdt også spørgsmål om årsagerne til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Vi spurgte til 12 forskellige typer af årsager, som vi samlede i tre kategorier af årsager: 1. lægens personlighed og tilgang til arbejdet, 2. lægens fysiske eller psykiske belastninger i arbejds- eller privatlivet og 3. lægens uddannelse og uddannelsesvilkår.

**Tabel 6. Angivne årsager til det senest oplevede uhensigtsmæssige forløb fra 2012 (n=100)**

Kategori	Angivne årsager	Antal som svarede 'I høj/nogen grad'	Gennemsnit
Personlighed	Uddannelseslægen var for usikker/nervøs	41	41
	Uddannelseslægen kunne ikke tage imod konstruktiv kritik	40	
	Uddannelseslægen havde ikke de fornødne evner eller vilje til at følge afdelingens faglige niveau	41	
Belastninger	Belastninger i uddannelseslægens privatliv	25	14
	Psykiske/psykiatriske helbredsproblemer hos uddannelseslægen	15	
	Fysiske helbredsproblemer hos uddannelseslægen	10	
	Misbrug hos uddannelseslægen	3	
	Arbejdsrelateret stress og depression hos uddannelseslægen	17	
Uddannelse	Uddannelseslægen manglede medicinsk basisviden og/eller kliniske basisfærdigheder	36	16
	At uddannelseslægen af forskellige grunde ikke fik den tilstrækkelige feed-back og/eller vejledning i uddannelsesforløbet	12	
	At uddannelseslægen af forskellige grunde ikke i tilstrækkelig grad fik mulighed for at afprøve forskellige behandlinger/procedurer	4	
	At uddannelseslægen af forskellige grunde ikke oplevede tilstrækkelig grad af social accept på afdelingen	13	

Af tabellen fremgår det, at personlighed og tilgang til arbejdet ses som den væsentligste årsag til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. De uddannelsesansvarlige overlæger peger således på lægens personlige væremåde og lægens måde at forvalte lægearbejdet som afgørende for, hvordan uddannelsen forløber.

For tre af de 12 årsagsvariable kunne vi måle en forskel på kønnene: uddannelseslægen var for usikker/nervøs ( $p = 0,037$ ), fysiske helbredsproblemer hos uddannelseslægen ( $p = 0,035$ ) og arbejdsrelateret stress og depression hos uddannelseslægen ( $p = 0,045$ ). Men da vi korrigerede for massetestning (ved Holm-Bonferroni korrektion) var ingen af de tre årsager tilstrækkeligt signifikante. Vi fandt heller ingen signifikante sammenhænge mellem typen af speciale og hver af de 12 årsagsvariable.

**Spørgsmål til refleksion:**

Er der forhold i den prægraduate uddannelse, som medvirker til, at det er roller som professionel, kommunikator og leder og ikke medicinsk ekspert, der primært giver problemer i postgraduate uddannelse?

I tillæg til afkrydsningssvarene kunne respondenterne skrive et åbent tekstsvar. I disse svar kunne vi læse om meget komplekse sammenhænge og kulturelle forskelle, som ikke fremgik af afkrydsningssvarene.

De følgende citater er uddrag af de meget forskellige tekstsvare om årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb:

*"Uddannelseslægen havde svært ved at afgrænse de problemer, patienterne præsenterede sig med, og at strukturere sin tid, så der blev brugt uforholdsmæssigt lang tid på den enkelte patient".*

*"Arabisk baggrund, men trods meget fint dansk [fik jeg] indtryk af, at [vedkommende] ikke altid forstår beskeder"*

*"Dårlig kollegial kontakt. Meget stille og ikke-kommunikerende"*

*"Oplevelser fra krigen i hjemlandet. Klinisk uddannelse foregik under krigen"*

*"Neurologisk sygdom, uddannelsesstilling med forlængelse, mange sygedage, mange halve dage. I alt medførte dette, at h-lægen så alt for få patienter til at kunne opnå/opretholde klinisk ekspertise"*

*"Har været langvarigt væk fra klinikken (5,5 år) pga. ph.d.-forløb kombineret med barsel"*

*"Kulturel baggrund og manglende dybde i forståelse af sproget"*

Særligt ét tekstsvareksemplificerede, at et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb sjældent har én specifik og åbenbar årsag, men er et mangeartet fænomen:

*”Suspicio om indtagelse af alkohol. Blev aldrig konfirmeret. Først og fremmest var der problemer med rollerne som medicinsk ekspert (ingen færdigheds-progression); professionel (intet ansvar for egen læring, tilegnede sig ikke de elektroniske procedurer som f.eks. udfyldelse af dødsattest, forholdt sig ikke til etiske problemstillinger hos patienter); kommunikator (mange patienter frabad sig yderligere kontakt til lægen, der var problemer med tværfaglig og kollegial kommunikation, måtte tvinges til at undervise efter at have sygemeldt sig 4 gange, hvor undervisning var planlagt, læste da højt af manuskript med direkte tekstciter og uden assistance af hjælpemidler); samarbejder (ingen tillid fra plejepersonale til beslutninger); leder og administrator (overlod til sygeplejersker at træffe beslutninger i hyperakutte situationer, kunne som anført ikke udfylde dødsattest); akademiker (kunne ikke forholde sig kritisk til evidens versus etableret praksis, tilegnede sig ikke teoretiske færdigheder, herunder kritisk gennemgang af nyere artikler)”*

## INDSATSER

De mest brugte indsatser i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er primært rettet mod lægen i form af ekstra samtaler og intensiverede vejledningssamtaler for at opklare misforståelser. Sekundært er indsatsen rettet mod ændring af uddannelsesplanen, og kun sjældent er indsatsen rettet mod afdelingens arbejdsforhold eller uddannelsesstrukturen mere generelt (se Tabel 7).

Samtidig lader det til, at praksis på de fleste afdelinger er, at man forsøger at løse problemerne internt frem for at anvende ressourcer uden for afdelingen (se Tabel 8).

**Tabel 7. Afdelingernes indsats ved et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb**

Svarkategori	Antal respondenter
Ekstra samtaler for at opklare misforståelser	66
Intensiverede vejledningssamtaler	62
Intensiveret supervision/feedback i kliniske situationer	48
Konkret oplæring, hvor kompetencer ikke var opnået	48
Karrierevejledning mht. specialevalg eller specialeskift	30
Ændrede arbejdsopgaver	29
Kortvarig aflastning	21
Ny hovedvejleder	12
Andet*	31

Respondenterne (n=100) kunne sætte kryds ved mere end én svarkategori for den samme læge.

\*Kategorien "Andet" inkluderer tekstsvare om bl.a. kontakt til erhvervspsykolog, informere næste arbejdsgiver, involvere PKL, eksterne oplæringsforløb, forlænget ansættelse og sproglig undervisning.

**Tabel 8. Anvendt eller planlagt at anvende ressourcer uden for afdelingen**

Ressourcer uden for afdelingen	Antal respondenter
Ja	39
Nej	58
Ved ikke	3
Total	100

Adspurgt om omfanget af forskellige uddannelses- og læringsaktiviteter på afdelingen svarede de fleste uddannelsesansvarlige overlæger, at man dagligt havde feedback mellem uddannelseslægerne og en seniorlæge i forbindelse med

kliniske situationer, men at man kun sjældnere end månedligt havde vejledningssamtaler mellem uddannelseslægerne og disses vejledere.

**Tabel 9. Omfanget af uddannelses- og læringsaktiviteter på afdelingen (antal respondenter)**

Kategori	Dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældnere	I alt
Feedback mellem uddannelseslægerne og en seniorlæge i forbindelse med kliniske situationer	84	25	6	0	115
Uformel kollegial opbakning til uddannelseslægerne	92	18	4	1	115
Justering af uddannelseslægernes arbejdsopgaver på basis af uddannelsesplanen	9	19	62	25	115
Seniorlæger stiller sig til rådighed for vejledning og rådgivning af uddannelseslægerne	94	17	4	0	115
Vejledningssamtaler mellem uddannelseslægerne og disses vejledere	2	7	55	51	115

#### UDFALDET AF UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB

På baggrund af besvarelserne kan vi kun sige noget om udfaldet af 74 af de 138 uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, der er rapporteret i spørgeskemaundersøgelsen. Da vi ikke har haft mulighed for at følge den enkelte uddannelseslæges videre

færd, kan vi ikke sige noget om, hvor sandsynligt det er, at lægen i sidste ende gennemfører sin hoveduddannelse. De åbne tekstsvare i "Andet" tyder på, at nogle forløb blev afsluttet til den planlagte tid, men uden godkendelse af kompetencer, og at nogle forløb er sat på pause, mens oplæring pågår andetsteds.

**Tabel 10: Udfaldet af uhensigtsmæssige forløb (antal respondenter)**

Svarkategori	KBU-læge	I-læge	H-læge	I alt
Afsluttede forløbet på afdelingen til den planlagte tid	7	16	16	39
Afsluttede forløbet på afdelingen, men med forlænget tid	0	3	7	10
Blev overført til en anden afdeling før tid	0	1	1	2
Valgte selv at afbryde forløbet før tid/skiftede speciale	0	7	1	8
Blev afskediget	0	1	4	5
Andet	1	2	7	10
Total	8	30	36	74

### KONKLUSION PÅ SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

I alt 6,8 % af alle lægelige uddannelsesforløb kunne karakteriseres som uhensigtsmæssige. Den observerede adfærd hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb drejede sig overordnet set om lægens professionelle adfærd: lægen viste ikke passende forståelse for egen rolle og formåen som læge, handlede ikke hensigtsmæssigt i stressede situationer, tog ikke passende lederskab i samarbejdssituationer og havde svært ved at nå sit arbejde inden for en acceptabel tidsramme. Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb blev der typisk først taget hånd om relativt sent i uddannelsen, dvs. på tredje eller fjerde år af hoveduddannelsen. Ved inddeling af specialerne i tre kategorier (medicinske, kirurgiske og tværgående) var der ikke forskel på andelen af uhensigtsmæssige forløb mellem de tre kategorier, og der var ikke forskel på andelen af mænd og kvinder i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Cirka 1/3 af alle uhensigtsmæssige uddannelsesforløb involverer læger med medicinsk kandidatexamen fra udenlandske universiteter. Der blev rapporteret flest uhensigtsmæssige uddannelsesforløb på universitetshospitaler og færre på regionshospitaler. Årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb menes at være uddannelseslægens personlighed og tilgang til arbejdet, og at uddannelseslægen manglede medicinsk basisviden og/eller kliniske basisfærdigheder.

### SPØRGSMÅL TIL REFLEKSION

1. Hvordan gør vi op med den tendens, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb observeres tidligt, men at der ofte først handles på problemerne sent i uddannelsen?
2. Hvad er årsagen til, at flest uhensigtsmæssige uddannelsesforløb oftest opdages og håndteres på universitetshospitaler?
3. Hvordan bliver vi som uddannelsessystem bedre til at støtte læger med udenlandsk eksamen?

### ET KVALITATIVT BLIK PÅ ADFÆRD OG ÅRSAGER

For at uddybe svarene fra spørgeskemaundersøgelsen blev der gennemført tre fokusgruppeinterviews med i alt 22 uddannelsesansvarlige overlæger og postgraduate kliniske lektorer (PKL'er). Fokusgrupperne var sammensat, så interviewdeltagerne repræsenterede størst muligt spredning i geografi, specialer, hospitalstype og køn. Fokusgruppeinterviewene var semistrukturerede. Hensigten var at få en dybere indsigt i den store erfaring, som uddannelsesansvarlige overlæger og PKL'er har med lægers uddannelse, og på den baggrund udpege temaer, der kan tydeliggøre kendetegnene for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og dermed lette arbejdet med at forebygge og håndtere disse.

For at undersøge grænsefladen mellem hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige uddannelsesforløb bad vi først interviewdeltagerne om at beskrive, hvilke egenskaber en 'god' uddannelseslæge besidder. Det faldt interviewdeltagerne meget let at beskrive, hvad der kendetegner en 'god' uddannelseslæge, og der var stor enighed om relativt entydige kendetegn. Nedenstående citater er fra denne indledende del af fokusgruppeinterviewene:

*"De kan lide deres arbejde."*

*"De tager ansvar for egen læring."*

*"De bliver hurtigt en del af teamet."*

*"De forholder sig godt til nye udfordringer."*

*"De er nysgerrige og villige til at lære."*

*"De er villige til at krydse deres egen komfortzone for at lære nyt."*

*"De er professionelle."*

*"De er i stand til at kommunikere med alle om alle emner, og de viser, at de er i stand til at lære nyt af andre."*

*"De har motivationen til at lære."*

### SYV ADFÆRDSMÆSSIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

Det var straks sværere at få en entydig karakteristik af uddannelseslægen i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Interviewdeltagerenes udtalelser var mere komplekse, og der var flere forskellige (og også modsatrettede) meninger om, hvad der var uhensigtsmæssigt og især graden af uhensigtsmæssighed. For eksempel kan det være uhensigtsmæssigt at være for usikker, men det kan også være uhensigtsmæssigt at være for selvsikker. Ofte bar samtalerne i fokusgrupperne præg af netop gradsspørgsmålet mellem to yderpunkter, som for eksempel sikker-usikker, selvstændig-overmodig, for spørgende-for lidt spørgende. Vi har samlet udtalelserne i fokusgrupperne til syv overordnede temaer, der hver især karakteriserer den adfærd (hos uddannelseslægen), som generelt knyttes til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Der var enighed i fokusgrupperne om, at det at få klarlagt disse syv former for adfærd muligvis kan være en del af en indsats omkring tidlig opsporing af og hjælp til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Nedenfor er de observerede adfærdsmønstre præsenteret med eksempler på citater fra fokusgruppeinterviewene.

#### Lægen forholder sig passivt:

*"Nogle kan gå og putte sig og være anonyme i et stykke tid, inden man finder ud af, hvad det er for noget."*

(Fokusgruppe 3)

#### Lægen har dårlige kommunikative evner:

*"Jeg har givet tilbagemeldinger til nogle på akutkurset, på deres professionalisme og på deres sprogbrug: "Nu knalder vi lige den her venflon i", også mere grove ting, hvor man har et sprogbrug i dag, hvor jeg tænker: "Det kan man altså ikke sige ude ved patienterne!", og de (uddannelseslægerne) bliver meget overraskede over det faktisk."*

(Fokusgruppe 2)



**Lægen er for selvsikker:**

*"Vi blev ret hurtigt opmærksomme på, at vedkommende havde nogle helt anderledes opfattelser af sig selv og sin egen kunnen og formåen, end vi andre havde. Og det tog lang tid egentlig, før vi kom så langt, pga. ferier og sygdomme undervejs, at vi kunne få iscenesat en ordentlig evaluering af det. Men vi opdagede, at vedkommende havde fået lov til at skøjte hen over de andre ansættelser, uden at de havde nået at tage ordentlig hånd om det. Og selvom de havde haft lidt samtaler med vedkommende, var det noget, vedkommende ikke ville rette sig efter – tilrettevisninger – og det var blevet ved i stigende grad også." (Fokusgruppe 2)*

**Lægen har problemer med at være professionel:**

*"Grænsen mellem at være professionel og personlig er væk. Når man så spørger, hvad jeg somme tider gør, de yngre læger, hvad de forstår ved ordet empati, så er der tilsyneladende en del, der ikke har gjort sig klart, at det er evnen til at kunne forstå, hvad der rører sig inde i hovedet på folk, uden at man selv behøver være medlidende. I samme øjeblik som man engagerer sig følelsesmæssigt, så risikerer man at handle uhensigtsmæssigt." (Fokusgruppe 3)*

**Lægen formår ikke at prioritere daglige opgaver:**

*"Dem, der har mange bolde i luften, og så ikke kan afslutte noget som helst, fordi de hele tiden tager nyt ind. Så kan man komme og se, at de ikke har nået halvdelen af dagens program, fordi de har taget for meget på sig." (Fokusgruppe 3)*

**Lægen mangler kompetencer:**

*"Man kan jo også have det problem på afdelingen, at den her person jo faktisk tilsyneladende får afviklet sit ambulatorium med X antal patienter pr. tidsenhed, men at der ikke foregår noget fagligt inde bag ved døren [...] Jeg tror, at mange har svært ved at skille ad, præcis hvor fagligt dygtig er den her person, og præcis hvor 'dygtig' (tilsyneladende hurtig) er han i afdelingen." (Fokusgruppe 3)*

**Lægen fungerer dårligt i samarbejde:**

*"Det har været uddannelsessøgende, der kommer fra en anden kultur, hvor man ikke har den der...[tænkepause], hvor man har en magtdistance mellem læger og sygeplejersker og andet personale, så man ikke tager imod ordrer fra sygeplejersker for eksempel eller fra kvindelige læger for den sags skyld." (Fokusgruppe 2)*

**SYV ALARMERENDE FORMER FOR ADFÆRD**

1. Forholder sig passivt
2. Har dårlige kommunikative evner
3. Er for selvsikker
4. Har problemer med at være professionel
5. Formår ikke at prioritere daglige opgaver
6. Mangler kompetencer
7. Fungerer dårligt i samarbejde

Når interviewdeltagerne fortalte om adfærdsmønstre hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb var der ofte flere af de syv former for adfærd i spil hos den samme person. Dette kan gøre det svært at definere, hvad det eksakte problem er i lægens uddannelse – og om det er stort nok og dokumenteret nok til at reagere på. Interviewdeltagerne var meget enige om, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er udfordrende, fordi de indeholder så mange facetter og er forskellige fra gang til gang, så det er svært at være sikker i sin sag om, hvornår man som ansvarlig skal konfrontere uddannelseslægen med problemerne. Denne usikkerhed hos de uddannelsesansvarlige overlæger og PKL'er ser vi som en udfordring, der vedrører ikke alene strukturer i uddannelsen (feedback, dokumentation etc.), men også kulturen på arbejdspladsen. Dermed kan begge disse faktorer være medvirkende årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

**SEN FEEDBACK OG PRIORITERING AF DRIFT**

I fokusgrupperne blev det drøftet, hvilke årsager uddannelsesansvarlige overlæger og PKL'er ser som de primære til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Igen indeholdt svarene mange facetter og temaer. Dog var der to typer af årsager, der blev nævnt i alle fokusgrupper. Der var enighed om, at de to var de grundlæggende årsager til at uddannelsesforløbene havde fået lov til at udvikle sig i uhensigtsmæssig retning: 1) for sen og utilstrækkelig feedback på lægens manglende opnåelse af kompetencer og 2) prioritering af drift frem for uddannelse i det daglige arbejde. De to årsager illustreres her med en række citater fra fokusgrupperne.

**For sen og utilstrækkelig feedback på lægens manglende opnåelse af kompetencer:**

*"Men det er også meget lettere bare at sende lægen videre i systemet. Altså, det er meget tungt at tage hul på den der uhensigtsmæssige ting, og i det hele taget faktisk få folk helt ud af uddannelsen [specialeskift eller afskedigelse]. Altså, alt taler for at lukke øjnene og lade tiden gå." (Fokusgruppe 1)*

*”Det er det, at vi er for flinke og for pæne, som er uhen-  
sigtsmæssigt i den her sammenhæng, fordi vi ikke tør sige  
sandheden.”* (Fokusgruppe 1)

*”Det der med, altså, bliver det en trussel, hvis man siger det  
tidligt? Men altså, det er samtidig noget med også at sige,  
hvor alvorligt, altså, hvilken alvorlighedsgrad er det, vi er på?”*  
(Fokusgruppe 2)

*”Altså, der gik seks måneder før den uddannelsesansvarlige  
overlæge turde nævne, at der kunne være et problem, og så  
er det virkelig, virkelig svært. Vi har så meget svært ved at  
acceptere, at her er bare en, der ikke kan det her.”*  
(Fokusgruppe 3)

*”Og folk (yngre læger), der er hjælpsomme og altid rejser  
sig og tager ’hyleren’ og altid påtager sig en ekstra vagt  
og får ambulatoriet til at glide, er jo meget nyttige, hvis  
man ikke går ind og virkelig kvalitetsmåler på, hvad der  
så egentlig foregik. Så det kan også være svært at komme  
igennem med, hvis man som den eneste siger, at jeg har  
en fornemmelse af, at der er noget fagligt galt. Så kan  
den kollektive erkendelse på afdelingen blive forsinket af,  
at personen faktisk er rar at have der [fordi personen er  
hjælpsom].”* (Fokusgruppe 3)

#### **Prioritering af drift frem for uddannelse i det daglige arbejde:**

*”Men kulturbærer kan også være i den henseende med at  
sikre at skabe tid nok til uddannelse. Altså hvem skulle el-  
lers skabe den end os selv? Problemet er, at vi måske ikke er  
lige enige om det, fordi så tænker vi måske lidt mest på sig  
selv og vores egen afdeling. Altså når man går til møder,  
så hører man også somme tider, når vi holder et møde, så  
er det ikke, fordi det kun er kirurger, men det kan tit være  
kirurger, og de kommer ikke, fordi ”jeg har sgu ikke tid, jeg  
skal sgu operere, jeg skal sgu ikke uddanne, jeg kommer  
sgu da bare, når jeg er færdig.”* (Fokusgruppe 1)

*”Men det der, der hedder at ændre en kultur, det er i vir-  
keligheden det, som er problemet. Afdelingerne har ligeså  
stort et medansvar for de der såkaldte uhenigtsmæssige  
uddannelsesforløb. Folk [uddannelseslæger] har høje  
studentereksaminer, de har gennemgået det længste og det  
sværeste studie på universitetet, så det er jo ikke idioter,  
vi får ud, men de kan have nogle personlighedsmæssige  
svagheder og skrøbeligheder, som gør, at de skal vejledes  
undervejs.”* (Fokusgruppe 2)

*”Hvis ikke det er tilstrækkeligt systematisk på den kirurgi-  
ske uddannelse, så risikerer man jo at havne i sådan noget  
[uhensigtsmæssige uddannelsesforløb], uden at det nødven-  
digvis er uddannelseslægens selvforskyldte situation. Man  
bliver så nødt til lige at få indtryk af, hvordan uddannelses-  
systemet kører, ellers hjælper det heller ikke at komme med*

*en plan, fordi hvis tingene kører for slattent til daglig, og  
man så kommer med en plan, og den kører ligeså slattent,  
så får man jo ikke noget ud af det.”* (Fokusgruppe 3)

Ovenstående udtalelser tyder på, at mødet mellem lægens person og afdelingens kultur er afgørende for, om uddannelsesforløbet udvikler sig vellykket eller uhenigtsmæssigt. Det er ofte ikke den faglige kunnen, der i sidste ende sættes spørgsmålstegn ved. Vi ved også fra litteraturen og fra den daglige praksis, at den medicinske ekspertise (viden og færdigheder) er den enkleste og letteste lægerolle at forbedre, fordi det ofte blot handler om at tilrettelægge et særligt intensivt oplæringsforløb for lægen. Derimod ved vi, at det er langt sværere at forbedre den måde, som lægen fungerer professionelt på i samarbejdet og i kommunikationen på afdelingen, fordi det involverer lægens ’mindset’ i relation til en given kultur på afdelingen. Dette bliver bekræftet i flere internationale studier, der peger på, at netop den professionelle rolle er langt den sværeste af lægerollerne at rette op på, hvis lægen først er kommet ud af kurs.

#### **SVÆRE PERIODER**

Interviewdeltagerne fortalte også, at der er nogle særligt følsomme perioder, hvor mødet mellem lægen og afdelingen helst skal være positivt, for at uddannelsesforløbet bliver vellykket. I fokusgrupperne blev det tydeligt, at de svære perioder især er ved skift mellem ansættelsessteder eller oprykning fra et niveau til et andet (fx fra I-læge til H-læge), hvor uhenigtsmæssigheder kan opstå, eller hvor det kan være ekstra svært at tage hånd om problemerne.

*”Så der er det der sårbare tidspunkt, lige når de kommer  
fra at være studerende og skal ud i det virkelige liv”.*  
(Fokusgruppe 2)

*”Plus når de skifter afdeling i sådan et rotationsforløb, fordi  
så kommer de i en ny kontekst, som de lige skal spore sig  
ind på”.* (Fokusgruppe 2)

*”Jeg synes egentlig også, at der hvor vi har haft det svæ-  
rest, det har været dem, hvor der begynder at blive proble-  
mer på fjerde til femte år, hvor det er lige før, at de er ved  
at være færdige, eller de kommer til sidste ophold hos os.”*  
(Fokusgruppe 1)

De svære perioder er overordnet set kendetegnet ved overgange eller skift i lægens uddannelsesforløb, hvor der ikke i tilstrækkelig grad er skabt overensstemmelse mellem på den ene side lægens selvopfattelse og forventninger og på den anden side afdelingens praksis og forventninger.

## KONKLUSION PÅ FOKUSGRUPPEINTERVIEWS

Sammenholdt med spørgeskemaundersøgelsens resultater bekræfter fokusgrubeinterviewene, at der ikke findes en enkelt årsag til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, men at forløbene skal forstås som et uhensigtsmæssigt samspil mellem lægen og uddannelsesafdelingen. Der kan identificeres en række synlige former for adfærd hos uddannelseslæger, som knyttes an til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, og som afdelingen (og også lægen selv) bør være opmærksomme på og tage eksplicit hånd om tidligt i forløbet: når lægen forholder sig passivt, kommunikerer dårligt, er for selv sikker, har problemer med den professionelle rolle (fx følelsesudbrud, vrede og gråd), har svært ved at prioritere daglige opgaver, har svært ved at opnå kernekompetencer og fungerer dårligt i samarbejde.

Disse syv former for adfærd ses hos den enkelte læge, men resultaterne fra fokusgrupperne peger samlet set på, at årsagerne til, at adfærden får lov til at fortsætte og dermed ende i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, skal findes to steder:

1. For sen og utilstrækkelig feedback på lægens manglende opnåelse af kompetencer, og
2. Prioritering af drift frem for uddannelse i det daglige arbejde.

Interviewdeltagerne fokuserede muligvis på lægen som den umiddelbare og mest indlysende årsag til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, fordi det falder naturligt at opfatte uhensigtsmæssige uddannelsesforløb som et problem, der fortrinsvist udspringer af og har sin årsag i den enkelte læges manglende kompetencer. Med andre ord: det er snublende let at give lægen ansvaret for det uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Efterhånden som fokusgrubeinterviewene skred frem, fortalte og reflekterede deltagerne mere og mere over skismaet mellem lægens person og uddannelsesforholdene, og så drejede fortællingerne og refleksionerne sig snarere om organiseringen af og den praktiske udmøntning af uddannelsen, og så tildeltes ansvaret ikke kun lægen, men også afdelingerne og uddannelsessystemet. I det daglige og ofte fortravlede arbejde bliver patientorienteret drift med god grund prioriteret forud for opmærksomhed mod uddannelse. Men i denne prioritering risikeres begyndende uhensigtsmæssige uddannelsesforløb at blive trængt i baggrunden, fordi den ekstra indsats, som det formodes at kræve at genoprette et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, bliver en trussel mod udførelsen af det daglige arbejde.

Ligesom i spørgeskemaundersøgelsen var det i fokusgrubeinterviewene muligt at identificere adfærdsmønstre, som kan være en advarsel om et begyndende uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Dette er et vigtigt skridt i forhold til forebyggelse. Men fokusgrubeinterviewene pegede på en vigtig barriere for identificeringen og håndteringen af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb: at afdelingen ikke handler rettidigt og eksplicit på det, der observeres som små begyndende tegn på uhensigtsmæssigheder. Overlægerne kan godt se advarsel-

stegnene, men er tilbageholdende i forhold til at adressere de problemer, der opstår, når en læge ikke passer ind. Dette kan tyde på, at uddannelsessystemet mangler redskaber (og det nødvendige mod) til at tale om – og rette op på – små skævheder i dagligdagen, uden at gøre hverken afdelingen eller lægen uret. Resultaterne her viser, at strategien i dag ofte er afventning og undvigelse frem for at tage fat i spirende skævheder, før de udvikler sig til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Interviewdeltagerne pegede (ligesom respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen) især på ekstra samtaler og supervision som primært indsatsområde, men resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen viser desværre, at disse indsatser kommer relativt sent i uddannelsesforløbene. I tillæg til dette indsatsområde udpegede interviewdeltagerne nogle velafgrænsede perioder i uddannelsen, hvor risikoen for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb opleves større end i andre perioder. Disse perioder er overgangen mellem studie og klinisk basisuddannelse (KBU) samt ved afdelingsskift. Denne viden kan muligvis anvendes til at genoverveje organisering af uddannelsesindsatsen på afdelingerne. Man kan forestille sig, at en veltilrettelagt og systematisk indsats i de svære perioder kan forebygge udvikling af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og derved spare afdelingen for de omkostninger, det kræver at håndtere uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

### SPØRGSMÅL TIL REFLEKSION

Er spørgsmålet om, hvorvidt lægen passer ind i afdelingernes (ofte udtalte) normer reelt det, der afgør, om lægen ses som en god uddannelseslæge?

## 4. PRÆGRADUAT HISTORIK: KAN UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB IDENTIFICERES ALLEREDE PÅ MEDICINSTUDIET?

Er læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og læger i 'hensigtsmæssige' uddannelsesforløb forskellige i deres udvikling på medicinstudiet? Dette spørgsmål er udgangspunktet for case-kontrol-studiet. Hypotesen er, at læger der har problemer i deres postgraduate uddannelse præsterer og progredierer dårligere under medicinstudiet end læger, der ikke har problemer i den postgraduate uddannelse.

Ved hjælp af data fra Videreuddannelsesregion Nord og databasen evaluer.dk fandt vi 89 cases (hoveduddannelseslæger), der i perioden januar 2010 – juni 2013 havde været i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Alle cases var læger med eksamen fra Aarhus Universitet. Disse læger har i deres postgraduate uddannelse en af følgende tre uhensigtsmæssige afvigelser i deres lægeuddannelse:

- Forlængede forløb
- Ikke-planlagte skift af ansættelsessted i hoveduddannelsen
- Afbrudt uddannelsesforløb

Vi ekskluderede forløb, som var blevet forlænget på baggrund af forskning, fravær på tre måneder før/efter barsel og læger, der har skiftet introduktionsuddannelse, da disse ikke som udgangspunkt udgør uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Cases er således læger, som har minimum to års postgraduate klinisk erfaring og er i gang med deres hoveduddannelse, men som afviger fra uddannelsesplanen på grund af en af ovennævnte tre grunde.

Der blev ligeledes fundet 343 personer til en kontrolgruppe fra Aarhus Universitet i evaluer.dk, og cases og kontroller blev matchet på dato for beståelse af kandidateksamen. I Aarhus Universitets studieadministrative databaser og sagsmapper fandt vi oplysninger på både cases og kontrolgruppe vedrørende køn, alder, gennemførelsestid for studiet, karakterer, antal eksamensforsøg samt antal og type af dispensationssager i løbet af studiet.

### RESULTATER

Af de 89 cases havde 40 forlængede forløb, 35 havde afbrudt deres uddannelsesforløb, 3 havde ikke-planlagte skift af ansættelsessted i hoveduddannelsen, og 11 var en kombination af disse afvigelser.

Det var bemærkelsesværdigt, at der ingen sammenhæng var mellem dét at være i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb og lægens køn, alder eller gennemsnitskarakterer på medicinstudiet. Med andre ord: Ser vi på lægerne i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb som gruppe, havde de ikke dårligere faglige kompetencer end andre læger efter endt medicinstudium. Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb var altså tilsyneladende i stand til at lære til samme niveau under medicinstudiet, som læger der ikke endte i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

**Tabel 11: Prægraduate prædiktorer for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb**

Univariat analyse		
Prædiktorer	OR (95 % CI)	P-værdi
Køn (mænd)	0,77 (0,47-1,27)	0,306
Alder	1,07 (0,96-1,19)	0,203
Antal reksamener på 1. år	0,78 (0,42-1,47)	0,442
Antal reksamener på 1. og 2. år	1,02 (0,77-1,36)	0,866
<b>Totalt antal af reksamener</b>	<b>1,06 (1,00-1,13)</b>	<b>0,036</b>
Gennemsnitskarakter fra medicin	0,90 (0,76-1,07)	0,246
<b>Gennemførelsestid (år)</b>	<b>1,28 (1,05-1,57)</b>	<b>0,016</b>
Antal dispensationer på 1. år	0,95 (0,38-2,39)	0,913
Totalt antal dispensationer	1,12 (0,89-1,41)	0,324

Derimod ser gennemførelsestiden ud til at hænge sammen med en øget risiko for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. En nærmere analyse af datamaterialet viste, at risikoen for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb var over dobbelt så stor for læger, der først færdiggjorde medicinstudiet ni år efter studiestart (sammenlignet med læger, der færdiggjorde studiet til normeret tid på seks år). I tillæg var risikoen for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb 44 % større for læger med

seks dumpede eksamensforsøg på medicinstudiet (sammenlignet med læger, der bestod alle deres eksaminer i første forsøg).

I tabellen ses det, at risikoen for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb stiger, for hvert år man bruger på studiet ud over de normerede 6 år, og at risikoen for at have et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb er større, jo flere reeksaminationer man har.

**Tabel 12. Odds ratioer for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i forhold til gennemførelsestid og eksamensforsøg**

Mere end seks år på medicinstudiet:	OR (95 % CI)
+1 år	1,28 (1,05-1,57)
+2 år	1,65 (1,10-2,48)
+3 år	2,12 (1,15-3,90)
+5 år	3,50 (1,26-9,67)
+10 år	12,23 (1,60-93,48)
Antal reeksaminer på medicinstudiet:	OR (95 % CI)
2	1,13 (1,01-1,27)
4	1,28 (1,02-1,61)
6	1,44 (1,03-2,04)
8	1,63 (1,03-2,58)
10	1,85 (1,04-3,27)

Case-gruppe (n = 89) og kontrolgruppe (n = 343). OR = Odds ratio. CI = Confidence Interval

Læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb afviger ikke fra andre medicinstuderende vedrørende karakterer. Men de adskiller sig ved at have haft brug for længere studietid og flere eksamensforsøg end deres medstuderende for at opnå et tilsvarende kompetenceniveau.

### KONKLUSION PÅ CASE-KONTROL-STUDIET

Generelt viser den internationale litteratur, at der er grund til at se uddannelseslægers præstationer på universitetet som bestemmende for deres postgraduate karriere. I vores kontekst (det danske uddannelses- og sundhedssystem) var det dog ikke karakterer, der var afgørende, men derimod gennemførelsestiden og behovet for ekstra forsøg (reeksaminer). Disse resultater tyder på, at ikke alle studerende og læger lærer lige hurtigt, og dette kan skabe vanskeligheder i klinikken, hvor uddannelsen jo i høj grad er tidsstyret. Tidlig støtte med udgangspunkt i lægens akademiske historik (specifikt: tidligere dokumenterede behov for ekstra tid og forsøg) kunne måske være en måde, hvorpå man tidligere kan forsøge at imødegå uhensigtsmæssigheder i lægers uddannelse.

Det er vigtigt at pointere, at undersøgelsen indikerer, at læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb tilsyneladende havde samme slutkompetencer som andre læger efter medicinstudiet. De bør måske derfor nærmere ansues som langsommere til at lære (såkaldte 'slow learners'), men ikke som fagligt svagere og uden potentiale til at blive speciallæger. Tidligere undersøgelser har påvist et frafald på op til 20 % på medicinstudiet ved Aarhus Universitet, og at akademiske problemer tidligt i studiet var en prædikator for frafald. Derfor er det nok ikke helt urimeligt at antage, at de fagligt allersvageste for længst er sorteret fra, og at de der står med en færdig kandidateksamen som udgangspunkt alle er kvalificerede til at være læger – men at de har brug for forskellige former for støtte i deres læringsforløb. Den nyere uddannelsesforskning inden for kompetencebaseret uddannelse har understreget behovet for et skift fra 'fixed-length variable-outcome programmes' til 'fixed-outcome variable-length programmes' (Ten Cate 2010). For eksempel påpeger denne forskning at uddannelsesansvarlige, vejledere og undervisere bør anerkende, at ikke alle uddannelseslæger når samme kompetenceniveau inden for alle færdigheder på eksakt samme tid. Vores resultater synes at understøtte denne tænkning, fordi vi ingen signifikant forskel fandt i prægraduat karakterniveau eller kompetenceniveau, men derimod fandt forskelle i processen (den forlængede tid) frem mod kompetenceniveauet.

Vores resultater peger således på, at det er vigtigt at inddrage lægens prægraduate historik i planlægningen af uddannelsesforløbet. Samtaler under ansættelsesproceduren eller tidligt i ansættelsen om lægens gennemførelsestid og eksamensforsøg kan være med til at afklare, om lægen måske har brug for ekstra støtte til at komme godt i gang med og igennem speciallægeuddannelsen og sætte fokus på de tidskrav, som pt. eksisterer til fuldførelse af uddannelsen.

## 5. INDBLIK I LÆGERNES OPLEVELSER OG ERFARINGER MED UHENSIGTSMÆSSIGE UDDANNELSESFORLØB

Langt de fleste af de studier, som vi har kunnet finde om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, tager udgangspunkt i data, der rapporterer enten uddannelsesmyndighedens perspektiv (databaser over indberetninger, evalueringer eller prøver) eller de uddannelsesansvarlige overlæger/PKL'ernes perspektiv (spørgekemaundersøgelser eller skriftlige rapporter). Derimod savnes der i høj grad studier, der tager udgangspunkt i data, der er genereret ud fra uddannelseslægens perspektiv, for eksempel ved at spørge lægerne selv om deres oplevelser og erfaringer med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Sådanne data kan belyse, hvordan videreuddannelsessystemet og arbejdet som læge opleves af læger, der er i vanskeligheder. Derfor var det vores mål at gennemføre netop denne type undersøgelse for at få indblik i, hvordan forskellige faktorer spiller sammen i konkrete oplevede uddannelsesforløb blandt såvel læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb som læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Gennem kvalitative interviews med uddannelseslæger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb fik vi en dybere indsigt i lægernes oplevelser og de personlige og karrieremæssige omkostninger, der er forbundet med uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Det er ikke enkelt at rekruttere læger, der selv er eller har været i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, til at deltage i et kvalitativt interview om deres forløb. For det første er emnet tabubelagt. For det andet er de involverede parter i forløbene underlagt tavshedspligt. Vores første henvendelse til alle fællestillidsrepræsentanter i Region Midtjylland og Region Nordjylland, der pr. mail blev opfordret til at videresende information om undersøgelsen (inkl. opfordring om tilmelding til interviewstudiet) til alle uddannelseslæger i deres ansvarsområde, viste sig da også at være uden resultat. Derfor valgte vi i stedet at rekruttere deltagere til de kvalitative undersøgelser på følgende måde: Alle PKL'er i de to regioner blev pr. mail spurgt, om de ville videresende information om undersøgelsen (inkl. opfordring om tilmelding til interviewstudiet) direkte til de uddannelseslæger, som de vidste havde vanskeligheder. I mailen blev det understreget, at PKL'erne var budbringere af kontakten til projektgruppen, og at lægen selv skulle tage kontakt, hvis han eller hun var interesseret i at medvirke i interviewstudiet. I alt

blev 96 uddannelseslæger kontaktet på denne måde. Af de 96 uddannelseslæger henvendte 13 sig frivilligt med henblik på at deltage i et kvalitativt interview. Disse 13 læger blev opfordret til at sende information (inkl. opfordring om tilmelding til interviewstudiet) til kolleger i lignende situationer. Der blev gennemført kvalitative interviews med 10 af de 13 læger. Interviewene varede mellem 45 minutter og 100 minutter (gennemsnitligt 77 minutter).

Vi inkluderede tre PKL'er i gruppen af interviewere, Peter Ramsing (PKL i børne- og ungdoms-psykiatri), Søren Prins (PKL i almen medicin) og Carl Uggerhøj Andersen (PKL i øjensygdomme), for at sikre, at interviewerne havde et godt kendskab til uddannelsessystemet og erfaring med at tale med uddannelseslæger. PKL'erne interviewede ikke læger fra deres eget speciale eller hospital/praksisområde.

I tillæg til de 10 kvalitative interviews med læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb gennemførte vi fem semistrukturerede fokusgruppeinterviews med læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb: én fokusgruppe med KBU-læger, én med introduktionslæger og tre med hoveduddannelseslæger. Formålet med fokusgruppeinterviewene var at undersøge grænsefladen mellem hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, da erfaringer fra såvel praksis som tidligere studier viser, at det kan være vanskeligt at skelne præcist, hvornår et uddannelsesforløb går fra at være hensigtsmæssigt til at være uhensigtsmæssigt.

I de citater, der gengives i denne rapport, har vi valgt at ændre navne, personlige forhold samt tid og sted for fortællinger og episoder for at sikre lægernes anonymitet.

Der blev udarbejdet særskilte spørgeguides til henholdsvis kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews, men for at kunne foretage en direkte sammenligning af de to typer af uddannelsesforløb og at kunne undersøge grænsefladen mellem dem nærmere, spurgte vi alle informanter i interviewundersøgelserne om en række temaer, som er – ved vi fra litteraturen – afgørende faktorer i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.



## RESULTATER

I interviewundersøgelserne fandt vi seks temaer, som viste sig at være særligt betydningsfulde årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb hos de læger, som vi har talt med. Disse temaer var:

- Stress
- Den afsatte tid til opgaverne
- Angst og usikkerhed
- Afklaring af roller (mellem privat og professionel)
- Forskellige forventninger (balancen mellem arbejde og uddannelse)
- Mangel på netværk

Det var kendetegnende for fokusgruppeinterview, at læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb identificerede de samme temaer som potentielt problematiske. Det vil sige, at de også oplevede fx stress og usikkerhed, men de formåede alligevel at have et hensigtsmæssigt uddannelsesforløb inden for de givne kompetence- og tidskrav. I vores arbejde med de kvalitative analyser var vi særligt interesseret i, hvordan læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb håndterer de seks temaer, uden at deres uddannelsesforløb går skævt. Nedenfor gennemgår vi temaerne med udgangspunkt i citater både fra kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews.

## STRESS

De fleste informanter oplever stor arbejdsrelateret stress på grund af rollen som ansvarlig beslutningstager, fx ved behandling af livstruede patienter. Det var primært kombinationen af et højt arbejdstempo og følelsen af ikke at være kompetent eller i stand til at tage de beslutninger, der kræves, der stressede lægerne.

*”Så inde på den vagt der, hvor det hele brændte sammen, og hvor jeg simpelthen blev desorienteret. Jeg kan huske, at det føltes, som om at jeg gik på vat. Jeg gik hen ad gangen, og jeg var simpelthen i tvivl om, hvor jeg var på vej hen, og hvad jeg lavede der [...] Og så ringede jeg til min bagvagt, og så sagde hun ”jeg kommer ind med det samme”, og hun var rigtig sød, og vi satte os ned og snakkede, og jeg græd meget. Og hun sagde ”vi skal nok hjælpe dig. Hvis ikke vi kan hjælpe dig, hvem kan så”. Men det var den ledende overlæge bare ikke enig i, så det vil sige, at jeg tog hjem, og så hørte jeg ikke en skid. Altså...jeg tog hjem med en sygemelding.” (Astrid)*

*”For det første bliver man kastet lige ud i tingene. Jeg havde nogle horrible vagter, altså virkelig hårde, hvor det sådan gør ondt i maven, hvor jeg var i gang non-stop [...] Jeg synes ikke, jeg var klædt på til de opgaver, jeg skulle varetage, og en halv times tilgang med et nyfødt barn, der er dårligt... Det kan du godt tage og pakke sammen. Det kan du ikke bruge til noget. Det er bare for sent. Og det ved du også helt i underbevidstheden [...] Jeg kan huske, at jeg*

*løb ned af gangene og tænkte, at jeg er en blæksprutte, der ikke har arme nok [...] Jeg havde en følelse af bitterhed og faglig pinlighed over, at jeg ikke kunne følge med.” (Jane)*

*”Jamen vi var flere yngre læger, men de havde rykket dem op til mellemvagter. Så, ja, vi fik da hjælp en gang i mellem. Og hvis man var blevet pålagt en ekstra vagt, hvor man skulle noget med familien, kunne man da godt få en mellemvagt til at tage den, men det var svært. Det blev sådan, at hvis de ringede fra sygehuset, jamen så var man ikke i Danmark. De ringede jo fra hemmeligt nummer, så hvis man tog telefonen så: ”Om jeg kan komme i eftermiddag, nej jeg er på Sjælland, så det er godt nok svært.” Selvom jeg så var flyttet til Aalborg på det tidspunkt.” (Eva)*

Lægerne fra fokusgruppen udtaler:

*”Selvfølgelig oplever du stress, men du må lære at håndtere det. Det kan hjælpe at græde derhjemme. Hvis den er helt gal, kan man også godt græde offentligt. Det har jeg engang gjort til en morgenkonference. Det hjælper lidt, måske fordi de så synes, det er synd for en.” (Fokusgruppe 1)*

*”Hvis jeg er stresset, så gør jeg det, at jeg nedsætter kravene til mig selv. Jeg vil jo rigtig gerne være en god læge, der tænker på alt muligt, ikke kun biologiske men også psykologiske og sociale ting, altså kommer hele vejen rundt OG være en god kollega. Og jeg skal også være en god familiefar. Når jeg er stresset begynder jeg at skære nogle ting væk; så må jeg lade være med at være en god kollega, og så må jeg køre på minimumsstandarder rent fagligt på arbejdet, fordi jeg har jo også en familie. Det er trods alt det vigtigste.” (Fokusgruppe 1)*

Læger, der ikke har uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, oplever således også stress, men de bruger forskellige coping-strategier til at komme ud af situationen, fx 'græder offentligt' eller 'justerer sine egne standarder'. Det tyder på, at et stresset arbejdsmiljø er et vilkår for alle uddannelseslæger, men mens nogle kan håndtere det, kan stressen for andre give udfordringer, som det kræver en stor indsats at håndtere.

## DEN AFSATTE TID TIL OPGAVERNE

Temaet omkring stress kan tyde på, at mange læger arbejder under et stort tidspres. Vores informanter oplever ofte stress pga. den afsatte tid til opgaverne. Både læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og øvrige læger oplever, at tiden ikke slår til, og mange fortæller, at det er særligt stressende ikke at have den nødvendige tid til patienterne. Dette giver lægerne en følelse af magtesløshed.

*”Efter aften/nat var jeg fuldstændig smadret tre døgn bagefter. Jeg havde ikke engang fem minutter til at tisse [...] I første ansættelse på sygehuset, der blev vi jo sådan halvejs inde i forløbet påduttet flere gange af afdelingens administrerende overlæge og uddannelseslægen, at vi simpelthen*



*ikke indlagde nok patienter. At vi måske kun indlagde fem patienter om dagen, selvom vi blev ved med at sige: "Jamen når de først begynder at komme klokken 11", fordi de kom ikke fra morgenstunden af, så kan vi altså ikke nå det. Og man var jo yngre læge. Men de sagde, at vi skulle minimum indlægge syv patienter om dagen. Så på den måde, der fik vi jo at vide et eller andet om, at det ikke gik hurtigt nok [...] Det handler også om ledelsen, men i bund og grund så er det jo også økonomien, men det er jo ledelsen og sådan nogle ting og de manglede overlæger, og at vi derfor skulle tage overlægefunktionen med stuegang og sådan noget."* (Freja)

*"De officielle dokumentationskrav og den tid, der er sat af til at se patienterne, er urimelige. De er taget efter højeste fællesnævner [...] Der er nogle formelle dokumentationskrav, f.eks. så lang tid det tager at [utydeligt] patienterne. Og de krav, de er for store [...] Det er taget efter højeste fællesnævner, fordi der er dage, hvor det er sådan, at der var nogle læger på sygehuset [utydeligt], der bare skriver sådan nogle 10-linjers notater. Så kører du bare systemet på en anden måde. Fra systemet er der en forventning om, at "nu laver vi det og det tiltag" med at lave en akut afdeling og lave visitation om, og vi kører det ned i sådan noget [utydeligt], og så kommer der nogle synenergieffekter, og så bliver det hele meget bedre. Men det bliver bare meget værre. Der er ikke sat så mange ressourcer af til det."* (Thomas)

Interviewer: Det her med at kunne nå ting inden for den tid, der er afsat, fx i et ambulatorium. Hvordan har du oplevet det?  
*"Forfærdeligt. I bund og grund helt ad helvede til, synes jeg. Igen, så synes jeg, at jeg arbejder i et fornuftigt tempo [...] Jeg kan godt forstå, at der er nogle, der kan være færdige før tid, men når jeg så ser deres arbejde efter, så giver det måske en forklaring på, hvorfor de kan gå klokken 14, og jeg sidder til klokken 17, fordi jeg skal rydde op efter dem, når deres patienter kommer til mig, plus at jeg så laver – synes jeg selv – et ordenligt stykke arbejde. Så jeg synes, at tiden er presset i ambulatorium; jeg synes den er presset med stuegang. [...] Citronen er presset til sit maksimum. Det er den."* (Jane)

I citaterne bliver manglen på tid anskuet som et ledelsesproblem, som påvirker de unge læger negativt. Informanterne oplever altså årsagen til tidsmanglen som et organisatorisk problem, snarere end et problem, der skyldes de uddannelsessøgende selv.

Tidspres er også en faktor for læger, der er i hensigtsmæssige uddannelsesforløb. Men læger i ikke-uhensigtsmæssige uddannelsesforløb nævner i højere grad vigtigheden af at lære at håndtere tidspresset. De håndterer tidspresset ved at tage hurtige behandlingsvalg og ved at spørge andre om hjælp. Ge-

nerelt er tidspresset frustrerende og med til at nedsætte glæden ved at arbejde som læge.

*"Jeg tror, jeg ville have en bedre selvfølelse som læge, hvis jeg havde mere tid. Jeg ville være en lykkeligere læge. Det fedeste i verden er sgu da at være læge. Det, der gør mig ulykkelig, er i virkeligheden, at jeg skal agere så hurtigt, at jeg ikke har tid til at sætte mig ind i tingene først."* (Fokusgruppe 4)

*"Jeg har fået at vide af en kollega, at det gælder om at gå hurtigt og virke meget målrettet, fordi så er der ikke nogen, der stopper en og spørger om noget."* (Fokusgruppe 1)

*"Ligegyldigt hvad, så har man altid travlt. Det kan hjælpe at bede om hjælp eller bare klare den selv og så sige, at man har travlt."* (Fokusgruppe 1)

#### ANGST OG USIKKERHED

Størstedelen af informanterne har oplevet usikkerhed og angst i forbindelse med deres arbejde, men hyppigheden og intensiteten varierer. For nogle er usikkerheden altid til stede, når de er på arbejde, for andre er usikkerheden noget, der opstår i perioder. En informant ser det som et grundvilkår, at man er angst de første 3-4 måneder af en ny stilling, mens en anden kun oplever angst, når hun møder krav fra andre kolleger, fx krav fra skemalæggeren. Slutteligt har en informant oplevet så store angstreaktioner i forbindelse med lægearbejdet, at hun har været nødsaget til at finde sig en anden profession. Astrid beskrev sin angst på denne måde:

*"I det første speciale opdagede jeg, at jeg faktisk havde fået sådan en eller anden allergi over for akutte situationer [...] Historien omkring det næste speciale, der er også nogle meget konkrete situationer, jeg har stået i, hvor jeg ikke fik ordentlig opbakning, og det har simpelthen gjort, at jeg er blevet hunderød."* (Astrid)

Interviewer: Hvad kom der ud af psykologbehandlingen, som du gik til?

*"Det var ni gange psykologbehandling. Han var rar. Jeg ved ikke helt, hvad der kom ud af det, faktisk. Altså hvis jeg skal se tilbage, vil jeg sige, at jeg skulle nok have haft en form for traumebehandling og en målrettet behandling i forhold til lige præcis det, der havde knækket mig. Men det her var lidt mere alment, og det var ikke en, der havde speciale. Hverken kendte til sundhedsvæsnet, eller havde speciale i noget inden for traumebehandling. Det blev noget sådan lidt hyggelig snak, altså å la det vi sidder og snakker nu. Der var ikke noget målrettet i det, og der var ikke noget med, at jeg skulle prøve at nærme mig det, der var svært, eller lægge planer for, at jeg kunne et eller andet, altså der var ikke noget konkret i det."* (Astrid)

Selvom Astrids historie er unik, så er hun ikke alene om at mærke angst som følge af arbejdet som uddannelseslæge. En anden informant har også oplevet, at angsten gav udslag i fysiske reaktioner.

*”På sygehuset synes jeg, det var meget det samme med at dukke sig for de knive, der kom flyvende fra ryggen. Også blandt yngre kolleger – det var alt sammen sådan noget med at skubbe ansvaret fra sig. [...] Jeg var bange for, hvad jeg kom ind til [...] Jeg var sygemeldt de sidste 14 dage der pga. hjerterytmeforstyrrelser.”* (Eva)

Usikkerhed og angst opleves også af uddannelseslæger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb. Nedenfor fortæller to informanter, hvordan usikkerhed er en central del af deres uddannelse.

*”Under basisuddannelsen gik jeg med en undertrykt angst for, at de skulle ringe og sige, at jeg skulle komme ned på Stue 1, og der var en 112 på vej. Det er jeg virkelig angst for – alle de tanker, man kan gøre sig på vej derned. Det er de akutte situationer, der er svære.”* (Fokusgruppe 4)

*”Hvis jeg har haft en potentielt angstprovokerende episode, der stadig fylder i hovedet, når jeg kommer hjem, så vender jeg det med min kæreste. Det kan mange gange være meget lettende.”* (Fokusgruppe 4)

I modsætning til lægerne i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb har læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb blot oplevet angst og usikkerhed som en 'undertrykt angst' eller som 'situationer med potentiale til at udløse angst'. I fokusgrupperne blev det klart, at uddannelseslægerne ofte havde strategier til at håndtere potentiel eller undertrykt angst, som fx at tale med en partner. Resultaterne viser, at usikkerhed og angst opleves af både læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb og læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Arbejdet med livstruede patienter indebærer en særlig risiko for at udvikle usikkerhed og angst. Mange af informanterne i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb understreger, at angst og usikkerhed spiller en central rolle i deres problemer med lægeuddannelsen, og enkelte beskriver, at det er svært at undgå nye angstreaktioner, når man tidligere har oplevet angstreaktioner i forbindelse med arbejdet.

#### AFKLARING AF ROLLER (MELLEM PROFESSIONEL OG PRIVAT)

På en afdeling bestrider de ansatte forskellige roller, fx overlæge, afdelingslæge eller uddannelseslæge. Arbejdsgiverne tager ofte for givet, at en uddannelseslæge agerer på en bestemt måde og dermed opfylder rollen som 'uddannelseslæge'. Dermed er det vigtigt, at alle ansatte har samme opfattelse af rollerne, og hvad det vil sige at udfylde dem godt. Ifølge vores informanter er rolleafklaring ikke en del af opstarten på en ny afdeling. De får ikke at vide, hvad ledelsen/afdelingen lægger i rollen 'uddannelseslæge' eller mulighed for at give deres egen mening om, hvordan de ønsker at udfylde rollen. Udfordringer-

ne med manglende rolleafklaring kan vedrøre udtalte hierarkiske strukturer og implicite forventninger til uddannelseslægen om at agere på en bestemt måde og prioritere arbejdet på en bestemt måde. Disse forventninger tager sjældent hensyn til lægens personlige forhold og egne prioriteringer. I dette felt oplever flere uddannelseslæger udfordringer med at balancere mellem rollerne i familielivet og i uddannelsesansættelsen.

Sofie fortalte, at en nær slægtning var blevet alvorligt syg, og hun følte et stort dilemma i prioriteringen mellem familie og arbejde:

*”Jeg gik jo rundt og snakkede med kollegaer og snakkede også med den uddannelsesansvarlige og sådan noget og igen, ”Selvfølgelig skal vi rumme dig, men hvis vi skal være helt ærlige, så bliver det svært”. Og jeg ved det også godt, fordi han sagde bare: ”så må du bare være i ambulato-ri- et”, og vi har sådan et fleksibelt ambulatorium, hvor man så også må sige, ”jamen jeg skal gå tidligt i dag”. Og jeg tænkte bare ved mig selv, så skal jeg stå i det dilemma hver evig eneste dag, at jeg skal stå og kæmpe med mig selv om, at jeg selvfølgelig skal prioritere familien...”*

Interviewer: Men du følte, du svigtede afdeling ved at...?

*”Ja, men også fordi... jeg vidste jo godt, hvis...skal det være mig, der skal have lov til at gå tidligere, eller overlægen, der skal gå til et møde? Så er det ikke sjovt at være den nystartede, der siger ”jeg er nødt til at gå tidligt, så du må blive hjemme fra dit møde”. Og det var den hverdag, jeg fik beskrevet af mine kollegaer, selvom min kommende chef ligesom sagde noget andet.”* (Sofie)

*”Rolleafklaring er ikke noget, man laver, synes jeg, i sundhedsvæsnet. Det er lidt af et statement at komme med, men jeg kan sgu ikke huske, at vi nogensinde har haft sådan en afklaring, eller en, altså en funktionsbeskrivelse, eller, altså at det har været tydeligt. Det er mere sådan, at man bare klarer sig og får kastet bolde i sin retning og griber dem og løber videre, og ordner det, der skal ordnes, men det er svært at sige, hvad rollerne er, altså, også i forhold til plejepersonalet, men også i forhold til ældre kollegaer. Men man finder sig bare til rette i det der hierarki, og i de sociale konstellationer, der er. Og så prøver man at klare sig. Og det er jo ikke fordi, at der er nogen, der sætter ord på, hvad det er.”* (Astrid)

*"I samarbejdet med min vejleder havde hun en forventning om, at jeg skulle være en klon af hende, tænke ligesom hende, handle ligesom hende og prioritere ligesom hende. Og når man ikke gjorde det, så var det forkert [...] Og så begyndte der at komme det med kompetencer, hvor hun siger "de kan ikke underskrives, så længe du er fagpolitisk aktiv, prøv nu at overveje, om du prioriterer rigtigt" [...] Og så bliver jeg syg. Møder på arbejde en dag, vi skal have vejledersamtale, og får simpelthen den største omgang migræne, er ude at kaste op og har det bare rigtig skidt. Så jeg valgte at tage hjem, og det ser min vejleder som om, at jeg ikke har lyst til vejledersamtaler, og at jeg ikke overholder vores aftaler indbyrdes, og så indkalder hun mig midt under et møde den efterfølgende fredag til en samtale om at forlænge mit uddannelsesforløb. Der har hun allerede lavet planer om, at jeg ikke skal starte på den næste afdeling, men at jeg lige skal blive på afdelingen for at kompensere for det der." (Julie)*

At der er bestemte roller er ikke et problem i sig selv. Problemerne opstår, når informanterne referer til rollerne som 'uudtalte' og 'taget for givet'. Dette indikerer, at en uddannelseslæge forventes at udfylde sin rolle, uden at det er afklaret, hvad det indebærer. Det sidste citat indikerer endda, at definitionen af rollen som 'uddannelseslæge' er op til vejlederens personlige præferencer.

Blandt uddannelseslæger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb er balancen mellem at være læge og samtidig en del af en familie også ofte vanskeligt. En læge fortæller:

*"Jeg følger op på patienterne hjemmefra. Derfor er det også svært at sove nogle gange. Det er jo stressende, og man får også at vide, at man ikke skal gøre det, men man kan ikke gøre det anderledes." (Fokusgruppe 5)*

De fleste læger er opmærksomme på den hierarkiske struktur, som de som uddannelseslæger bliver en del af, og de lever med den. Dette ses i de to følgende citater:

*"Hierarkiet kan godt minde om et militært system, så hvis man kan begå sig i et militært system, så har man nemmere ved at begå sig på et sygehus." (Fokusgruppe 5)*

*"Jeg var ikke overrasket over, at det var ubehageligt. Det, der var overraskende, var, at der var SÅ meget hierarki, og at det var SÅ ubehageligt. Der er et hierarki, hvor du er nederst, sådan er det bare." (Fokusgruppe 1)*

Begge grupper af uddannelseslæger oplever uklarheder i definitionen af deres rolle. Dette opleves som energikrævende frustration, som måske kunne være undgået, hvis uddannel-

sesstederne var mere eksplicitte omkring, hvilken rolle uddannelseslæger forventes at udfylde. Som det er i dag, er det overvejende uddannelseslægen, der skal sørge for, at mødet mellem lægen og afdelingen bliver acceptabelt, og ofte er uddannelseslægen ikke helt klar over (eller er uenig i) afdelingens præmisser. Når uddannelseslægerne bruger udtryk som "et militært system" eller "sådan er det bare" vidner det om, at rollen som uddannelseslæge ofte ikke er til forhandling, og det er uddannelseslægens egen opgave at tilpasse sig.

## FORSKELLIGE FORVENTNINGER

### (balancen mellem arbejde og uddannelse)

Forventningsafstemning er et begreb, der fylder meget hos informanterne, men på meget forskellig vis. En siger, at det ikke er muligt at afstemme forventninger, eftersom afdelingerne er for pressede til at gå på kompromis med eventuelt uoverensstemmende forventninger mellem afdeling og lægen. En anden havde ikke forventningsafstemt med sig selv i forhold til familier sygdom og dennes indflydelse på arbejdslivet. Selvom informanterne oplever, at afdelingerne sjældent er fleksible med hensyn til forventninger, synes det alligevel at være essentielt, at der forventningsafstemmes, eftersom informanterne er i tvivl om, hvad det forventes, at de kan. I vores datamateriale så vi en uoverensstemmelse mellem på den ene side uddannelseslægens forventninger til at lære nyt og stadig være under uddannelse og på den anden side systemets forventninger om, at lægen udfylder en selvstændig driftsfunktion.

*"Jeg synes bare, jeg bliver mere og mere trist. Mere og mere ked af det. Mere og mere opgivende. Hvor jeg tænker, jeg er jo færdiguddannet kandidat, som sådan en ko du lukker ud på marken, altså til foråret, hvor jeg glæder mig til at komme ud i klinikken. Jeg har glædet mig til det, og jeg tænker "hvor er den glæde henne"? Hvor er.. det kan ikke passe, at vi har et system, der har brændt mig sådan af [...] Så jeg bliver rigtig vred over, at vi har sådan et system, der er på den måde, at fordi du vil arbejde som et almindeligt normalt menneske, måske kun 10 dage i træk og kunne måske have en fridag efter 48 timers vagt eller sådan noget....at du så skal gå med en følelse af, at du er.. jamen...at du bare ikke er egnet til det arbejde eller erhverv, som jeg har valgt. [...] Jeg synes, det er træls at skulle rende rundt som en analfabet og føle, du ikke kan noget, fordi du igen bliver tildelt en opgave, der ikke helt svarer til dine evner [...] Jeg rykkede op som bagvagt allerede efter tre måneder i min introstilling på sygehuset. Men det var på en meget 'fin' måde, jeg blev spurgt, om jeg ville. De havde vurderet i overlægegruppen, at de synes, jeg var kompetent til det, og jeg sagde til overlægen, at jeg ville fandeme ikke, og at de valgte mig, fordi de manglede en til at tage opgaven, og så står jeg med lorten efter." (Jane)*

*”Helt da jeg startede på afdelingen, der var jo heller ingen form for forventningsafstemning. Jeg vidste jo ikke, hvor meget jeg skulle kunne. Så det er jo sådan set det samme med, at jeg troede, at jeg skulle kunne det hele, og det kunne jeg ikke, så derfor var jeg meget, altså... det var noget af en klemme at sidde i der, når min bagvagt så ikke reagerede. Fordi jeg havde faktisk den forventning om, at jeg skulle kunne det hele, og det kunne jeg bare ikke.” (Astrid)*

*”Jeg synes i det hele taget, at det der hoveduddannelsesforløb er en stor... hvor alle mangler en forventningsafstemning. Jeg synes jo primært selv, at mit problem i mit forløb har været alt det der ph.d.-pladder, og så den her lidt.. fordi, selvom jeg synes, det var det rigtige tidspunkt for mig at lave en ph.d. – og jeg synes ikke, det er problematisk at stoppe i sin hoveduddannelse – men det ændrer ikke ved, at det er lidt anstrengende at komme tilbage og være blevet nogle år ældre, og så ligesom starte forfra på den ene eller anden måde, altså tilbage som forvagt og tilbage i basiskurser og alt mulig andet forfra igen. Nu havde man ligesom bevæget sig op på et højere plan inden ens ph.d.-tid, og så bliver man ligesom sat tilbage igen. Og det tror jeg måske ikke helt, jeg var forberedt på, at det skulle føles så meget som et tilbageskridt.” (Lisbeth)*

*”Det er også igen det der med, at når man er ansat på en højspecialiseret afdeling og med et kompetitivt speciale og sådan nogle ting, så klemmer man sgu ballerne sammen, og så gør man det [...] Der er noget Tarzan-syndrom stadigvæk [...], fordi det er det der med, man kan det hele, og så man gør bare det hele, og man kan det hele, og man viser ingen svaghed.” (Sofie)*

Uddannelseslægerne i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb oplever, at der er nogle forventninger til, hvordan en uddannelseslæge agerer, som kan være svære at leve op til. Det blev tydeligt i interviewene, at også læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb definerer rollen som 'uddannelseslæge' på mange forskellige måder, og at der kan opstå individuelle dilemmaer i at håndtere både afdelingens og egne forventninger til sig selv som læge. En læge fortæller om et dilemma mellem at være pragmatisk og perfektionistisk.

*”Jeg har svært ved at acceptere, at jeg laver fejl. Vi har læst i mange år, dygtige i gymnasiet, gode karakterer osv. Det er svært, når man har klaret sig godt at acceptere, at man kun løser opgaven tilstrækkeligt og ikke perfekt. På hver vagt laver jeg fejl, jeg ville ønske, jeg kunne gøre anderledes.” (Fokusgruppe 4)*

*”Det var hæsligt at starte, forventningerne var enormt høje. De forventede, at jeg kunne mere, end jeg rent faktisk havde lært i min intro.” (Fokusgruppe 2)*

I de to citater fremgår det, at der er høje forventninger til læger, og at det kan være frustrerende for uddannelseslæger at opleve, at de kun kan gøre deres arbejde tilstrækkeligt og ikke perfekt. Dette peger på en potentiel konflikt mellem uddannelsesstedets forventninger og uddannelseslægens egne forventninger.

Vi har i analyserne beskæftiget os med mødet (match'et) mellem lægens person og afdelingens kultur. Dette match kan beskrive, hvorfor nogle læger har mere succes med deres uddannelse, mens andre – som udgangspunkt lige så fagligt kvalificerede læger – kan have store problemer med at passe ind. Hvis lægen eller afdelingen har forventninger, der ikke imødekommes af den anden part, kan det give et dårligt "match". Men ofte er begge parter forventninger ubevidste eller udtalte, og det gør det svært at få nogle afklarende samtaler, som kan forebygge problemer. Et klassisk eksempel er forventningerne til, hvordan uddannelse foregår. Afdelingen forventer, at lægen arbejder selvstændigt og selv kan lære af de situationer, han/hun står i. Nogle læger forventer at blive fulgt tæt og få en vejleder, der er medansvarlig for læringen. Hvis der er manglende forventningsafstemning på dette område, kan både lægen og afdelingen opleve store frustrationer i samarbejdet.

#### MANGEL PÅ NETVÆRK

Når vi ser på uddannelseslægerne i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og deres fortællinger i sammenhæng, er der et fokuspunkt som går igen: behovet for og manglen på netværk. Manglende kollegialt netværk vanskeliggør håndtering af modgang og forståelsen af, hvad der er gældende normer og implicitte sociale tryk. Hvilke oplevelser skal man som læge acceptere, og hvornår skal man sige fra? Hvad er normalt, og hvad er unormalt?

*”Altså, der var jeg jo alene, og jeg tror sgu ikke rigtig, jeg talte med så mange om det. Jeg havde en kollega, jeg kunne vende det lidt med. Men for mig var det også svært at acceptere, at jeg startede i hoveduddannelsesforløb, og jeg var i tvivl. Det er lidt mere legalt, når du er i en intro eller vikariat eller.. over for mig selv var det svært. Jeg synes også signalværdien over for mine kollegaer... så går man som en eller anden snotforvirret høne, der ikke kan finde ud af, hvor man skal være henne. Så nej, jeg tror, jeg gik rigtig meget med det selv, rigtig meget! Jeg har veninder, der også er uddannede læger, som jeg selvfølgelig har vendt det med. Men det har ikke fyldt så meget i dialogen, det har det ikke.” (Jane)*

*”Jeg vil sige, at det har været et minus, at jeg ikke har forældre, der er inden for faget, fordi jeg tror, at det ville have været rigtig godt for mig at have nogen at spille bold op ad. Altså, jeg har haft brug for nogle relationer med nogle mennesker, som kunne fortælle mig, om det, der skete, var normalt eller unormalt, eller okay eller ikke okay, eller hvad jeg skulle gøre, og det har jeg ikke haft. Jeg havde det egent-*



*lig sådan, da jeg kom ud som ung læge, at jeg lidt håbede, at der var nogen, som ville tage mig under sin vinge; nogen jeg ligesom kunne snakke med [...] Jeg snakkede mest med dem, jeg var sammen med på de afdelinger, jeg var på, og dernede var vi kun to yngre læger, og den ene var jo min TR. Så vi havde ikke noget netværk på den måde, og jeg var så ny der, så jeg kendte ikke så mange fra selve hospitalet, men samme år, der gik jeg med i en gruppe af læger, som mødes i privaten og har gjort det i de sidste fem år. Vi fik etableret et netværk, men det havde jeg ikke der [hvor det var uhensigtsmæssigt], og det kunne jeg godt have brugt [...] Altså hvis jeg havde været lidt sejere, så ville jeg nok bare have sagt det. Gået hen til en, jeg syntes var en rar person, og sagt "vil du ikke være min mentor – jeg mangler en at snakke med?" Og der tænker jeg bare, at dem, der har forældre, altså, som er læger, de ville måske kunne blive hjulpet lidt, altså det kan godt være, at de ikke synes, at de bliver hjulpet med tingene, men jeg tror alligevel, at det, at man snakker sammen over middagsmaden, eller en kæreste eller en et eller andet, eller en mand, der er læge, det gør, at man får justeret nogle ting. Og der har jeg følt mig rigtig meget alene." (Astrid)*

I fokusgrupperne med læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb kom netværk også op som et tema. Lægerne beskriver, at de oplever barske vilkår i deres uddannelsesansættelse, men at de klarer sig igennem, når de har et netværk af kolleger omkring sig.

*"Jeg kan huske, at jeg havde det rigtig træls med at være KBU-læge, men det hjalp, at der var andre, der også var i problemer." (Fokusgruppe 3)*

*"Når man er yngre læge, er man fælles om den modgang, man er alene om. På vores afdeling er vi yngre læger fælles om at være alene." (Fokusgruppe 3)*

*"Skyttegravssammenholdet var det, som klarede mig igennem det. Det var støtten blandt de yngre læger, der gjorde, at vi kom igennem det. Morgen-konferencen gik på, at vi samlede hinanden op efter nattens strabadser." (Fokusgruppe 3)*

*"På det vagthold, jeg er nu, er vi gode til at passe på hinanden. Vi har et fælles aftenmøde ved midnat, hvor vi sikrer os, at der er styr på situationen hele vejen rundt, og sikrer os, at der ikke er nogen, der hænger med næbbet. Det hjælper mig rigtig meget. Det har jeg ikke oplevet andre steder." (Fokusgruppe 2)*

Netværk kan forstås på mange måder – lige fra formaliserede, lukkede og faglige erfarings-udvekslingsgrupper (erfa-grupper) til uformelle, løse og åbne relationer mellem mennesker (sociale netværk). I forbindelse med dette forskningsprojekt forstår vi netværk som et sociologisk fænomen omhandlende menneskers relationer som en form for social kapital, dvs. de oparbejdede potentielle og aktuelle ressourcer, som findes i mere eller mindre institutionaliserede relationer mellem en gruppe mennesker med gensidig anerkendelse, og som giver det enkelte medlem i gruppen adgang til en fælles mængde af viden, ressourcer og erfaringer (Bourdieu, 1986).

I tilfældet her med uddannelseslæger handler den sociale kapital om kollegiale netværk, hvor såvel faglige som sociale relationer konstituerer netværket. Ovenstående citater er eksempler på fortællinger fra de gennemførte kvalitative undersøgelser, som synes at pege i retning af, at et kollegialt netværk billedligt talt kan virke som 'lynafløder' i uddannelsesforløbene, når kritiske situationer (skuffede forventninger, alvorlige misforståelser, kritiske episoder, overbelastning, etc.) opstår – altså når 'lynet' slår ned. Når vi anvender metaforen 'lynafløder' om netværk, er det fordi netværket, i kraft af dets evne til at bearbejde og mediere personlige vanskeligheder ud i en fælles mængde af viden og ressourcer, kan beskytte mod de uhensigtsmæssige skader, som kritiske situationer ellers kan forårsage. Med et sociologisk udtryk kan vi sige, at et godt og velfungerende kollegialt netværk er en slags social kapital for uddannelseslægen. Det vil sige, at uddannelseslægen kan 'ombytte' de sociale relationer, forpligtelser og udvekslinger af erfaringer i netværket til nye fortolkninger af en kritisk situation, faktiske handlemuligheder og konkrete forbedringer af egne uddannelses- og arbejdsforhold.

Vores resultater fra de kvalitative undersøgelser understøtter et interessant tidligere etnografisk studie (Szymczak & Bosk, 2012), som demonstrerer, hvordan kulturen på arbejdspladser i sundhedssystemet implicit 'uddanner' lægen til sociale normer for meget høj effektivitet og nogle gange alt for store arbejdskrav og samtidig implicit 'uddanner' lægen til at tolerere umiddelbart fasttømrede systemkrav, som kan betyde en nedprioritering af lægens uddannelsesbehov. Et sundhedssystem som ikke stiller spørgsmålstejn ved en sådan kultur – men i stedet tager den for givet som en slags fælles accepteret 'common sense', der ikke kan modsiges eller gøres noget ved – kan medføre uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, fordi det, der er 'normalt' (eller hensigtsmæssigt), og det, der er 'unormalt' (eller uhensigtsmæssigt), kun sjældent ekspliciteres. I et sådant system kan det gode kollegiale netværk virke som et forum, hvor det 'normale' og det 'unormale' uddannelsesforløb gives mening, og hvor det 'sociale tryk' på uddannelseslægen ekspliciteres.

## 6. SAMLET KONKLUSION

Den præcise forekomst af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb blandt danske læger har indtil nu ikke været opgjort. Der har ikke været viden om, hvilke faktorer der er mest afgørende for, om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb opstår, løses og undgås.

Den internationale litteratur viser, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb sandsynligvis er forbundet med identitetsmæssige og kulturelle faktorer, men disse er indtil nu ikke undersøgt i en dansk kontekst. Fænomenet uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er alligevel et velkendt problem, også i Danmark. I videreuddannelsesregionerne er der udarbejdet guidelines for og kurser i håndtering af disse forløb. For at løfte området yderligere er der behov for systematisk viden om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i Danmark og behov for overblik over omfang og kendetegn, der kan danne grundlag for de mest hensigtsmæssige indsatser og processer. Denne rapport er et forsøg på at få mere viden på området. Nedenfor har vi samlet de primære resultater fra forskningsprojektets forskellige undersøgelser. Resultaterne peger frem mod en række konkrete anbefalinger, som omhandler kulturskabelse, vejlederteams og netværk.

### FEEDBACK, FORVENTNINGSAFSTEMNING OG SYV OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

Resultaterne i denne rapport viser at 6,8 % af alle lægelige uddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord menes at være uhensigtsmæssige. Der tages først hånd om de uhensigtsmæssige uddannelsesforløb meget sent i uddannelsen (tredje-fjerde år af hoved-uddannelsen), hvilket på alle måder er mere ressourceintensiv end tidlig identifikation ved hjælp af kontinuerlig kompetencevurdering og feedback. Vejledere og kolleger går ofte for længe alene med deres individuelle mistanke om et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Tilgangen til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb er ofte afventende og undvigende frem for proaktiv og forebyggende. Det betyder, at når uhensigtsmæssighederne endelig kommer frem i lyset og bliver håndteret, er problemerne ofte vokset, og lægens deraf følgende dårlige relation til arbejdsstedet kan være svært at ændre på. Feedback på lægers adfærd og tilgang til lægelivet vil på dette sene tidspunkt i mange tilfælde ikke være tilstrækkeligt.

Upræcis eller manglende forventningsafstemning og rolle-afklaring var en betydende faktor i de fleste af de uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, der blev undersøgt i dette projekt. Uddannelsesstedet tager ofte for givet, at lægen selv afkoder de uskrevne normer og selv kan tilpasse sig den lokale kultur. Derfor bliver der ikke talt om de uskrevne krav og forventninger til lægens adfærd og personlige attitude. En læge, der ikke passer ind, får ofte svært ved at klare det sociale pres, og det kan

være en umulig opgave selv at regne ud, hvad der forventes. Manglende afklaring af roller og forventninger er kilde til frustration hos både læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb. Dette er sandsynligvis særligt relevant for læger med medicinsk eksamen fra udenlandske universiteter.

Ved inddeling af specialerne i tre kategorier (medicinske, kirurgiske og tværgående) var der ingen forskel på andelen af uhensigtsmæssige forløb mellem de tre kategorier, og der var heller ingen forskel mellem andelen af mænd og kvinder i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Cirka 1/3 af alle uhensigtsmæssige uddannelsesforløb involverer læger med medicinsk kandidateksamen fra udenlandske universiteter. Der blev rapporteret flest uhensigtsmæssige uddannelsesforløb på universitetshospitaler og færre på regionshospitaler. De mest anvendte indsatser i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb var primært rettet mod uddannelseslægen i form af ekstra samtaler og intensiverede vejledersamtaler for at opklare misforståelser.

Den observerede adfærd hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb drejede sig overordnet set om lægens professionelle adfærd: lægen viste ikke passende forståelse for egen rolle og formåen som læge, handlede ikke hensigtsmæssigt i pressede situationer, tog ikke passende lederskab i samarbejds-situationer og havde svært ved at nå sit arbejde inden for en acceptabel tidsramme.

I tillæg hertil blev denne observerede adfærd uddybet i syv specifikke punkter for 'alarming' adfærd, man bør reagere tidligt på – som uddannelsesansvarlig overlæge, kollega eller uddannelseslæge:

1. Lægen forholder sig passivt
2. Lægen har dårlige kommunikative evner
3. Lægen er for selvsikker
4. Lægen har problemer med at være professionel
5. Lægen formår ikke at prioritere daglige opgaver
6. Lægen mangler kompetencer
7. Lægen fungerer dårligt i samarbejde

Ofte er flere af de syv former for adfærd i spil på samme tid hos læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb ofte menes at være uddannelseslægens personlighed og tilgang til arbejdet eller manglede medicinsk basisviden og/eller kliniske basisfærdigheder.

De kvalitative undersøgelser viste imidlertid et mere nuanceret billede: at der kunne identificeres to typer af grundlæggende årsager til, at uddannelsesforløbene havde fået lov til at udvikle sig i uhensigtsmæssig retning. Årsagerne omhandlede relationen mellem uddannelseslægen og afdelingen: for sen og utilstrækkelig feedback på lægens manglende opnåelse af kompetencer og prioritering af drift frem for uddannelse i det daglige arbejde. Således blev der peget på en vigtig barriere for identificeringen og håndteringen af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb: at afdelingen ikke handler rettidigt og eksplicit på det, der observeres som spirende tegn på begyndende vanskeligheder.

Samlet set viste resultaterne, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb sjældent har en specifik og åbenbar årsag, men at det er et mangeartet fænomen. Fokusgruppeinterviewene med uddannelsesansvarlige overlæger og PKL'er viste, at det var svært at være sikker i sin sag om, hvorvidt – og hvornår – man som ansvarlig kollega eller overordnet skal konfrontere uddannelseslægen med problemerne. Denne usikkerhed kan ses som en væsentlig udfordring, der også vedrører strukturer i uddannelsen (feedback, dokumentation etc.) og kulturen på arbejdspladsen, og dermed bliver denne adfærd en medvirkende årsag til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

### PRÆGRADUAT HISTORIK: 'SLOW LEARNERS'

Der er sandsynligvis brug for en særlig opmærksomhed omkring 'slow learners', dvs. de læger, der som studerende har haft flere eksamensforsøg og længere gennemførelsestid for at opnå samme kandidateksamen som gruppen af øvrige medicinstuderende.

Vores undersøgelse af den prægraduate historik på medicinstudiet for læger i (senere) uhensigtsmæssige uddannelsesforløb viste, at historikken på universitetet har betydning for senere risiko for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, når man sammenligner med en kontrolgruppe, der ikke havde uhensigtsmæssigheder i den postgraduate lægeuddannelse. En lang gennemførelsestid og flere reeksaminer på studiet øger markant risikoen for uhensigtsmæssige uddannelsesforløb i den postgraduate del af lægeuddannelsen. Vi fandt imidlertid ingen sammenhæng mellem karakterniveau på studiet og senere risiko for at få uhensigtsmæssigheder i lægeuddannelsen.

Gruppen af læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb bør måske derfor nærmere ansues som langsommere til at lære ('slow learners') og ikke i udgangspunktet som fagligt svagere end andre læger. En tidlig inddragelse af lægens akademiske historik, fx allerede ved introsamtalen på KBU, kan måske være en del af en forebyggende strategi, som sigter mod tidlig identifikation af netop denne type af uddannelseslæger.

### STRESS, MANGLENDE ROLLEAFKLARING OG NETVÆRK

Mange læger oplever vanskeligheder og uhensigtsmæssigheder i deres uddannelsesforløb. Vores fokusgruppeinterviews med læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb og vores 10 dybdegående kvalitative interviews med læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb viste meget klart, at arbejdet som uddannelseslæge er udfordrende, identitetsskabende og ikke mindst et relationelt anliggende, der ikke alene vedrører den enkelte læges personlighed.

I det omfattende datamateriale fra interviewundersøgelserne fandt vi seks temaer, som var til stede hos læger i såvel hensigtsmæssige som uhensigtsmæssige uddannelsesforløb:

- Stress
- Den afsatte tid til opgaverne
- Angst og usikkerhed
- Afklaring af roller (mellem privat og professionel)
- Forskellige forventninger (balancen mellem arbejde og uddannelse)
- Mangel på netværk

Disse temaer er centrale pejlemærker i forståelsen af, hvor svært det kan være at finde grænsefladen mellem et hensigtsmæssigt og et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb.

Resultaterne viste, at disse temaer opleves som kilde til frustration hos begge grupper af læger, men at læger i hensigtsmæssige forløb har nogle coping-strategier, særligt i form af gode kollegiale netværk, der hjælper med at tackle udfordringerne. Med et sociologisk udtryk kan vi sige, at et godt og velfungerende kollegialt netværk er en slags social kapital for uddannelseslægen. Det betyder, at uddannelseslægen kan 'ombytte' sociale relationer, forpligtelser og erfaringsudvekslinger i netværket til nye fortolkninger af en kritisk situation, faktiske handlemuligheder og konkrete forbedringer af egne uddannelses- og arbejdsforhold.

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb forbindes i særlig grad med manglende kompetence inden for den professionelle rolle og til dels lederrollen. Dette resultat peger på to ting. For det første, at disse lægeroller er afgørende for, om en læge af andre opfattes eller opfatter sig selv som en "god" læge. For det andet peger det på, at uddannelsessystemet muligvis mangler en eksplicit og struktureret måde at træne disse roller på. At være professionel og leder handler i mindre grad om, hvad man gør, men i høj grad om, hvem man er, når man gør det. Og i disse roller trækker lægen på sider af sin egen person. Personlig udvikling er en langsommelig proces, som der ikke er den store tradition for at arbejde åbent og målrettet med i den lægelige uddannelse eller i arbejdet som speciallæge. Læger synes dog i stadig højere grad at blive efterspurgt som professionelle ledere, og denne efterspørgsel må uddannelsessystemet honorere.

### KULTUREN PÅ ARBEJDSPLADSEN: EN NØGLESPILLER

Samlet set drejer vores resultater – og i særdeleshed de seks temaer fra interviewundersøgelserne – sig om mislykket socialisering i en arbejdskultur. Årsagerne til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb blev ofte rapporteret som 'personlige' egenskaber hos lægen, men disse personlige egenskaber handlede oftest om relationen mellem uddannelseslægen som professionel og de personer og systemer, som er med til at forme og udvikle lægens professionelle rolle. Derfor tolker vi vores samlede data-materiale som et udtryk for, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb ofte er resultatet af et uhensigtsmæssigt 'match' mellem lægen og kulturen på arbejdspladsen.

Uhensigtsmæssige uddannelsesforløb viser sig ofte som et problematisk forhold mellem lægens person og afdelingens kultur. Her er lægen oftest den, der må 'give sig', selvom afdelingens kultur ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig, hvis den for eksempel er præget af for sen, upræcis og utilstrækkelig feedback, lav prioritering af uddannelsesaktiviteter (fx observation og vejledningssamtaler) og for sjældne planlagte møder mellem uddannelseslæge og vejleder.

At læger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb ofte oplever samme udfordringer som læger i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb tyder på, at der er en generel udfordring her. Når uddannelseslæger i hensigtsmæssige uddannelsesforløb alligevel klarer at fuldføre deres uddannelse uden problemer, fortolker vi det sådan, at disse læger har nogle mere velfungerende coping-strategier til at overkomme fx stress, angst og manglende forventningsafstemning. Disse strategier bør undersøges nærmere i fremtidige forskningsprojekter.

Rollemodeller (både ligestillede kolleger og seniorer) og deres håndtering af udfordringer i arbejdslivet spiller en stor rolle, når uddannelseslægen skal reagere på og håndtere de seks tematiske udfordringer: stress, den afsatte tid til opgaverne, angst og usikkerhed, afklaring af roller (professionel og privat), forskellige

forventninger (balancen mellem arbejde og uddannelse) og mangel på netværk. At kunne spejle sig i andre og have et netværk at drøfte lægelivet med er en afgørende faktor for at kunne trives i lægeuddannelsen. Et manglende kollegialt netværk kan vanskeliggøre håndteringen af den modgang, som alle læger oplever, og kan medvirke til, at almindelige frustrationer udvikler sig til et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Det kollegiale netværk har også betydning for lægernes udvikling af sans for, hvilke oplevelser der er 'normale' i lægelivet, og hvilke oplevelser der er uacceptable og grænseoverskridende.

Vi kan ikke pege på objektive kriterier for en særlig type af læger, som er i større risiko for at få uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. En sådan typebeskrivelse kunne være behjælpelig til hurtigt at skelne uhensigtsmæssige fra hensigtsmæssige forløb. Men der fremstår ikke en bestemt stereotyp i resultaterne fra dette projekt. Der er for eksempel ikke forskel på mænd og kvinder, og alle specialekategorier har en sammenlignelig forekomst af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

De eneste to tydelige tendenser er, at læger med længere gennemførelsestid og flere eksamensforsøg på medicinstudiet og læger med kandidateksamen fra udenlandske universiteter har en større forekomst af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Det kunne pege på, at videreuddannelsesregionen stadig har en opgave med at støtte disse grupper i at begå sig inden for både udtalte og skjulte normer på et dansk uddannelsessted.



## 7. ANBEFALINGER

Projektgruppen har på baggrund af forskningsresultaterne udarbejdet ni anbefalinger til uddannelsesgivere.

### 1 Tidlig identifikation af fokuspunkter

Vi anbefaler en tidlig identifikation af uddannelseslægens særlige fokuspunkter og udviklingsområder med udgangspunkt i lægens akademiske/kliniske historik.

Den tidlige identifikation bør ske ved "introsamtalen" til hver ny stilling, så det sikres, at vejleder og uddannelseslæge også drøfter lægens akademiske/kliniske historik, inklusion i netværk/mentorskab og forventningsafstemning og rolleafklaring i forhold til afdelingen. Endvidere anbefaler vi at udnytte de prægraduate klinikophold bedre til at give tidlig feedback og støtte til medicinstuderendes udvikling af den professionelle lægerolle.

### 2 Inddragelse af professionelle ressourcer

Vi anbefaler, at understøttende faglige og professionelle ressourcer inddrages tidligt og løbende i lægens uddannelse. Internt kan det være i form af fx formelle netværk, mentorskab, vejlederteams og eksternt i form af fx sprogtræning, kommunikationstræning, arbejdspsykolog, fokuserede træningsforløb.

### 3 Tidlig kompetencevurdering og tydelig feedback

Vi anbefaler, at fokus øges på hyppig anvendelse af kontinuerlig kompetencevurdering og feedback ved hjælp af strukturerede metoder og redskaber (fx Sundhedsstyrelsens kompetencevurderingsmetoder).

### 4 Måltrettet træning af den professionelle lægerolle

Vi anbefaler, at der i uddannelsesforløbet er særlig opmærksomhed på, at lægen gennemfører måltrettet træning af både den professionelle rolle og lederrollen. Dette indebærer tydeligere sprog og terminologi omkring denne rolle samt identifikation af både formelle og uformelle krav (det 'sociale tryk') til især lægens professionelle rolle.

### 5 Åbenhed om afdelingens gældende normer og værdier

Vi anbefaler, at der skabes større åbenhed om og præcisering af den enkelte afdelings gældende normer, da afdelingens iboende opfattelse af adfærd og værdier indvirker på lægens socialisering i uddannelsen. Det aftalte norm- og værdisæt bør introduceres tidligt til nytilkommere på afdelingen, så de normer og værdier, der måske opfattes som selvfølgeligheder, bliver gjort tilgængelige for nye kolleger.

### 6 Match mellem lægen og afdelingens kultur

Vi anbefaler, at arbejdet med lægers uddannelse tager udgangspunkt i erkendelsen af, at uhensigtsmæssige uddannelsesforløb sandsynligvis er et resultat af et uhensigtsmæssigt 'match' mellem lægen og afdelingens kultur.

### 7 Rollemodellers betydning

Vi anbefaler, at der skabes større bevidsthed om såvel positive som negative rollemodellers betydelige indflydelse på lægens socialisering og lægens konkrete håndtering af udfordringer med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

### 8 Formaliserede kollegiale netværk

Vi anbefaler, at der etableres formaliserede kollegiale netværk for læger, som er i risiko for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, for at sikre gensidig feedback og støtte mellem uddannelseslæger. Netværket bør ledes af en neutral moderator og gå på tværs af afdelinger og sygehuse.

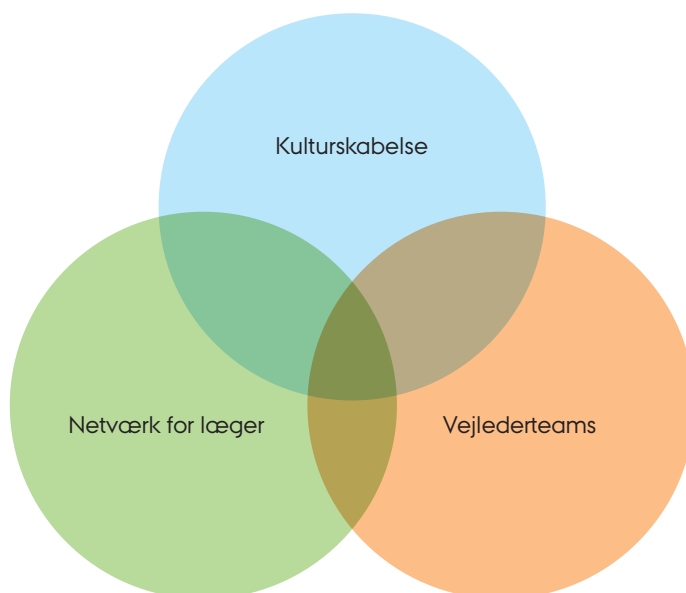
### 9 Afliv myten om den fejlfri læge

Vi anbefaler, at myten om den 'fejlfrie' læge aflives, da den er med til at skabe angst for at begå fejl. Dette kan gøres ved at øge fokus på 'debriefing' for at opnå en afbalanceret professionel identitet.

De ni anbefalinger relaterer sig til en model (se model 1 nedenfor) over de tre væsentligste indsatsområder, som kan være nyttige redskaber, i kombination med konkrete indsatser til forebyggelse og håndtering af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

Den udviklede model og dens tre indsatsområder skal ses som en overordnet ramme, som bør udfyldes og konkretiseres af de aktører og uddannelsesgivere, som direkte arbejder med lægers uddannelse, dvs. uddannelsesstederne, hospitalsledelser, HR-afdelinger og videreuddannelsesregionen.

### Model 1: Nye indsatser til forebyggelse af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb



Modellen indeholder tre indsatser: 1. Kulturskabelse, 2. Vejlederteams og 3. Netværk. 'Kulturskabelse' beskriver forudsætninger for en effektiv indsats ved uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. 'Vejlederteams' og 'Netværk' er to nye fora, som kan etableres som forebyggende og uddannelsesfremmende redskaber. Modellens tre indsatsområder gennemgås nedenfor.

#### KULTURSKABELSE

Kulturskabelse handler om at skabe en øget bevidsthed om, at alle uddannelsessteder har (ofte uudtalte) forventninger til uddannelseslægens rolle samt bestemte normer og kulturer, som uddannelseslægen skal kunne tilpasse sig for at blive vurderet som værende i et velfungerende uddannelsesforløb. Det kan være en langvarig proces at skabe bevidsthed om selvfølgeligheder og uskrevne regler og få italesat ubevidst adfærd, men det er forudsætningen for at fremme en uddannelses- og arbejdskultur, hvor uddannelseslæger har mulighed for at trives

og at lære. Det er især ledelsen og den uddannelsesansvarlige overlæge, der fortsat skal have fokus på at skabe bevidsthed om afdelingens normer og sikre, at der ikke opstår uhensigtsmæssige uskrevne regler og negativt socialt tryk. Alene det, at der på en afdeling er en fælles forståelse af, at der findes uudtalte regler og normer, kan bevirke, at man kan adressere nogle problematikker, der ellers ville have vokset i det skjulte.

Prioritering af uddannelsesopgaven bliver ofte et spørgsmål om penge og tid. Men det er tydeligt, at afdelinger med samme økonomiske vilkår for uddannelse kan forvalte uddannelse meget forskelligt. Det er før set, at det kan lade sig gøre at skabe et godt uddannelsesmiljø ved at have skarpt fokus på åbenhed og aktiv handling i alle dele af uddannelsesopgaven.

## VEJLEDERTEAMS

Selv erfaringer uddannelsesansvarlige overlæger og PKL'er giver udtryk for, at håndtering af uhensigtsmæssige forløb er vanskelig og ressourcerelevende. Mange føler usikkerhed i forhold til at bedømme, om en læge fungerer tilfredsstillende, og usikkerhed i forhold til at handle på tidlige mistanker om problemer.

Vejlederne har brug for et team, hvor vejledning og kompetencevurdering kan drøftes og udvikles. Et veldrevet vejlederteam, hvor vejlederrollen løbende udvikles, og hvor den aktuelle status for alle afdelingens uddannelseslæger gennemgås i fællesskab af alle vejledere, kan give bedre støtte til vejledere i deres vurderinger af uddannelseslægens kompetencer og således forebygge udvikling af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Vejledning skal anerkendes som en vigtig og krævende opgave, som ikke skal løses alene. Vejledning er ikke kun at give råd og tips om faktuelle kliniske spørgsmål. Det er også at være mentor, rådgiver og sparringspartner for lægen i den proces, han/hun gennemgår i identitetsudviklingen fra medicinstuderende til professionel speciallæge. Denne personlige udvikling er ofte en udfordrende proces, og vejlederne skal være klædt på til også at gå ind i de menneskelige aspekter af lægens udvikling.

Vejlederteamet kan på vejledermøder fx arbejde med temaer som de syv adfærdsmæssige opmærksomhedspunkter (se Kapitel 3), adressering af specifikke problemer og opfølgning på lægers udvikling. På grund af praktiske omstændigheder kan det være svært for vejledere at følge deres uddannelseslæger og observere dem i deres daglige arbejde. Vejlederteamet kan derfor være et forum, hvor vejlederne i fællesskab vurderer den enkelte uddannelseslæges styrker og potentielle udviklingsområder. På den måde er alle vejledere i stand til at give alle uddannelseslæger feedback på de aftalte indsatsområder, og den enkelte vejleder står ikke alene med ansvaret for at observere og vejlede "egne" uddannelseslæger.

## NETVÆRK

I frivillige mentorordninger og netværksgrupper for uddannelseslæger (fx i regi af Yngre Læger) viser det sig ofte, at det især er de ressourcerstærke læger, der tilmelder sig. Fra interviewundersøgelserne ved vi, at uddannelseslæger er meget glade for at indgå i et netværk, og mange ser det som en central del af deres trivsel og udvikling. Men der er også brug for en indsats, der inkluderer de læger, der har begyndende problemer, og som måske ikke har overskud til at opsøge tilbud uden for arbejdspladsen.

Etablering af formaliserede kollegiale netværk for uddannelseslæger, som er i risiko for at få et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb, kunne derfor være et velegnet redskab til såvel forebyggelse som afhjælpning af uhensigtsmæssige forløb. Som nævnt tidligere (se Kapitel 5) er et godt netværk en social kapital, som kan 'ombytte' de sociale relationer, forpligtelser og erfaringsudvekslinger i netværket til nye fortolkninger af en kritisk situation,

faktiske handlemuligheder og konkrete forbedringer af egne uddannelses- og arbejdsforhold. Et sådant netværk bør være et regionsdrevet og ikke-specialespecifikt netværk, som er placeret centralt på uddannelsesstedet, fx i tilknytning til de uddannelseskoordinerende overlæger, som skal hjælpe læger i tidlige stadier af et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb til at håndtere stress eller uafklarede forventninger på en god måde.

Netværk kan fungere som et læringsrum for især den professionelle rolle og de seks temaer, som viste sig at være særligt betydningsfulde medvirkende årsager til uhensigtsmæssige uddannelsesforløb hos de læger, der deltog i denne undersøgelse. Det er vigtigt, at netværket har en uddannende tilgang til emnerne, så lægerne fx lærer om mekanismerne bag stress, men også får kendskab til stresshåndteringsstrategier. Netværksgruppen kan med fordel ledes af vejledere fra uddannelsesstedet med træning i procesledelse og mentorskab.

## TIMING AF INDSATSER

Som beskrevet i modellen og anbefalingerne ovenfor bør indsatser iværksættes så tidligt som muligt i forløbet og først og fremmest lokalt. Ansvarfølelsen på det enkelte uddannelsessted skal øges, hvis vi skal aflive idéen om, at næste afdeling eller "nogle andre" tager sig af problemet. Hvis der i afdelingens kultur er åbenhed og en anerkendende tilgang til den enkelte læges eventuelle uddannelsesmæssige problemer, vil det blive lettere at handle rettidigt og eksplicit på det, der observeres som spirende tegn på uhensigtsmæssigheder.

Vi anbefaler, at kendskab til begrebet 'slow learners' udbredes. Dette med henblik på en tidlige stillingtagen til om den enkelte har brug for mere tid end den fastsatte uddannelsestid for at kunne opnå de krævede kompetencer.

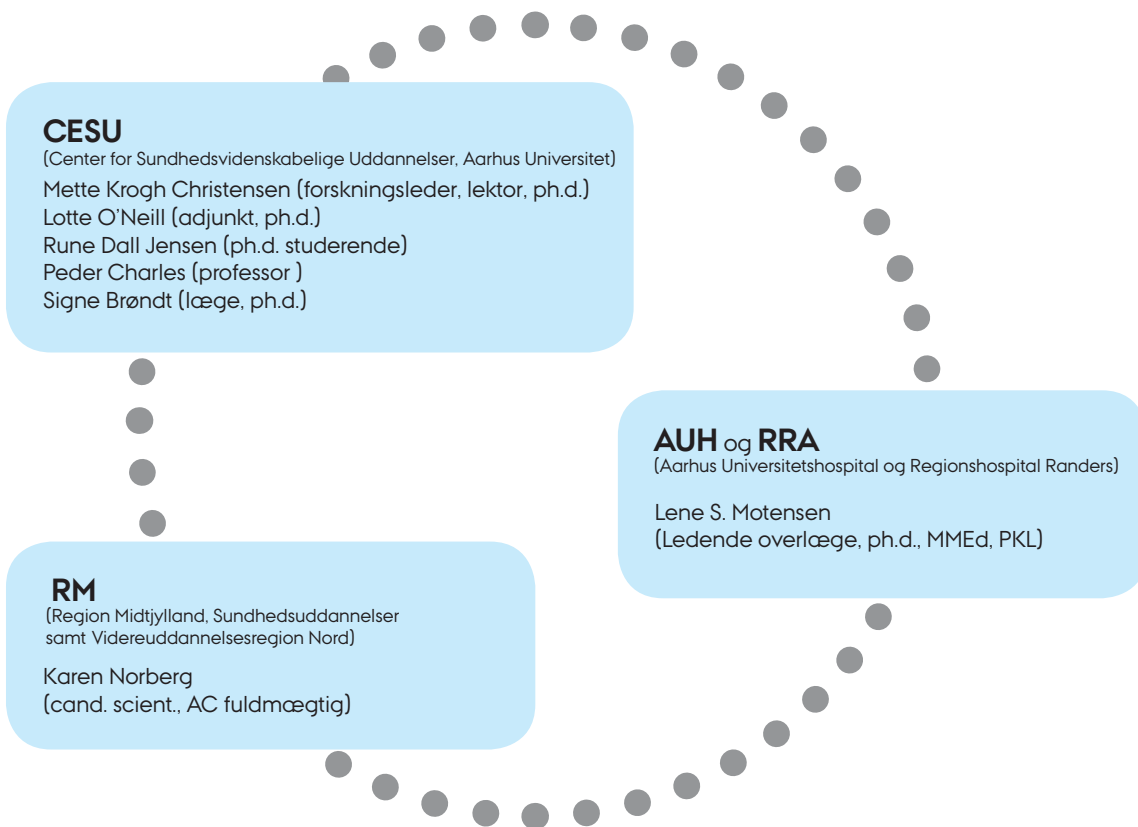
Forventningsafstemning og en åben dialog om forholdet mellem professionel og privatperson samt forholdet mellem arbejde og uddannelse vil med fordel kunne implementeres i den forventningsafklarende samtale med lægen ved ansættelsens start. Ved samtalen er det vigtigt at holde sig for øje, at lægen måske ikke forstår eller kender afdelingens gældende normer og kultur, dvs. afdelingens udtalte forventninger til uddannelseslæger. Derfor er det vigtigt, at man som vejleder er meget præcis og eksplicit i sine angivelser af arbejdsformen på afdelingen og de forventninger, der er på stedet til uddannelseslægen. En ærlig dialog handler også om de svære forhold, der kan være på afdelingen, og idéer til, hvordan disse kan tackles.

Kontinuerlig forventningsafstemning er grobund for god uddannelse. Det er ikke tilfældet, at alle uhensigtsmæssige uddannelsesforløb kan løses ved at give lægen endnu en chance og blot se tiden an. Langt oftest er den bedste løsning, at man konkret støtter lægen i at fungere bedst muligt i de rammer, der nu engang er. Med konkret støtte menes her tidlig, håndgribelig, målrettet og veltilrettelagt træning af de udfordringer, som

den enkelte læge har, men også håndgribelig, målrettet og veltilrettelagt feedback og 'debriefing' for indsatsen. Hvis man på afdelingen får indarbejdet en støttende kultur, som foreslået her, vil det være lettere for de ansvarlige kolleger og overlæger at identificere og håndtere et begyndende uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Samtidig vil den støttende kultur sandsynligvis muliggøre mere optimale uddannelsesforløb i øvrigt, idet kompetencevurderingen kommer til at foregå mere kontinuerligt og eksplicit.

Det er ikke en god strategi at se tiden an. At vente er ikke at give uddannelseslægen en chance. Uddannelseslægen får en chance, hvis nogen tør tage fat i de små ting og sige: Hør her, der er den her lille detalje – hvordan skal vi arbejde med det?

## 8 PROJEKTGRUPPEN



### PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen bag forskningsprojektet og denne rapport er sammensat sådan, at den afspejler mange forskellige faglige tilgange til lægers uddannelse. Gruppen har arbejdet tæt sammen i hele projektperioden gennem 2012-2014 og har i fællesskab designet de enkelte delprojekter og undersøgelser, ligesom gruppen i fællesskab har drøftet forskningsspørgsmål og tolket resultater. Denne fremgangsmåde er valgt for at sikre den mest nuancerede belysning af et område, der til tider har været omgærdet af for mange myter og i mindre grad fakta.

#### **Mette Krogh Christensen, lektor og forskningsleder, ph.d.**

Mette er lektor og forskningsleder på Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser (CESU) ved Aarhus Universitet og leder af projektgruppen. Hendes interesser som forsker vedrører de kulturelle og psykosociale aspekter af medicinske og sundhedsvidenskabelige uddannelser. Mette har været ansvarlig for projektets design og gennemførelse og har især bidraget med sin store erfaring inden for kvalitative analyser og tværdisciplinære forskningsprojekter. Hun har bidraget til alle delprojekter og har derudover holdt styr på arbejdsdeling og økonomi.

#### **Karen Norberg, cand.scient. san. publ.**

Karen er ansat i Videreuddannelsessekretariatet i Videreuddannelsesregion Nord. Hun har uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og karriererådgivning som særlige arbejdsområder i videreuddannelsessekretariatet. Hun har især bidraget til design af undersøgelser, dataindsamling, fx fokusgruppeinterviews og ved formidling af resultater.

#### **Lotte O'Neill, adjunkt, master i Medical Education, ph.d.**

Lotte er adjunkt ved Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser (CESU) ved Aarhus Universitet. Hun har mange års erfaring med klinisk færdighedstræning og kvote 2-optagelse på sundhedsvidenskab og forsker derudover i medicinsk uddannelse med særlig interesse for validering af prøver. Lotte har i dette projekt især arbejdet med case-kontrol-studiet og har haft det overordnede ansvar for de statistiske analyser af spørgeskemaundersøgelsen.

**Rune Dall Jensen, ph.d.-stipendiat, cand. scient.**

Rune er ph.d.-stipendiat ved Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser (CESU) ved Aarhus Universitet. Han har tidligere forsket i omgivelsernes indvirkning på elitesportsudøveres præstationer. I dette projekt har Rune været kontaktperson for informanter og har udført fokusgruppeinterviews med uddannelseslæger. Rune har desuden bidraget til de kvalitative analyser.

**Signe Gjedde Brøndt, læge, ph.d.**

Signe er ansat delvist på Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser (CESU) ved Aarhus Universitet og delvist som hoveduddannelseslæge i almen medicin. Hun beskæftiger sig bl.a. med vejledning, supervision og kompetencevurdering af uddannelseslæger. I dette projekt har Signe især bidraget med dataindsamling i den kvalitative del af undersøgelsen og med databearbejdelse.

**Lene S. Mortensen, ledende overlæge, speciallæge, MME, ph.d., ledende overlæge**

Lene indgik i projektgruppen i sin egenskab af uddannelseskoordinerende overlæge på Aarhus Universitetshospital, og i denne position har Lene været med til at sætte nye standarder for lægers uddannelse. Hun har bl.a. arbejdet med bedre brug af kvalitetsdata på området, herunder udgivelse af årsrapporter for lægelig uddannelse. I løbet af projektperioden blev Lene ledende overlæge på Medicinsk Afdeling ved Regionshospitalet Randers. Hun har især bidraget med sin store viden om lægelivet og lægelig videreuddannelse i planlægning af design og tolkning af resultater og har brugt sit netværk ved indsamling af kvalitative data.

**Peder Charles, professor, overlæge, dr.med.**

Peders mangeårige erfaring med forskning i medicinsk pædagogik og postgraduat uddannelse giver projektet en solid platform og en god sammenhæng med anden forskning på området. Peder har bl.a. bidraget ved at bruge sit store netværk til at rekruttere postgraduate kliniske lektorer til projektets fokusgrupper samt kvalificeret projektets design og gennemførelse.

**TAK TIL SAMARBEJDSPARTNERE**

Projektgruppen vil først og fremmest takke Region Midtjylland og Aarhus Universitet, som har medfinansieret forskningsprojektet.

Derudover gives en stor tak til alle, der har medvirket til undersøgelsen ved at deltage som respondenter. Det vil sige uddannelsesansvarlige overlæger, postgraduate kliniske lektorer og uddannelseslæger. Jeres velvillighed til at dele jeres erfaringer har været kernen i dette projekt. En helt særlig tak går til de 10 uddannelseslæger, som ved kvalitative interviews åbenhjertigt delte deres oplevelser med at være i et uhensigtsmæssigt uddannelsesforløb. Dette har bidraget til enestående ny viden om uhensigtsmæssigheder i lægeuddannelsen – en viden, som forhåbentligt vil komme nye generationer af læger og vejledere til gode.

Til sidst rettes en stor tak til Carl Uggerhøj Andersen (PKL i øjensygdomme), Søren Prins (PKL i almen medicin) og Peter Ramsing (PKL i børne- og ungepsykiatri), som alle stillede sig til rådighed som interviewere ved de kvalitative interviews. Jeres store kendskab til lægeuddannelse og erfaring med at tale med uddannelseslæger har bidraget til nogle dybe og vigtige interviews.

## UDVALGT LITTERATUR



Oplysninger om yderligere anvendt litteratur og kommende publikationer fra forskningsprojektet kan fås ved henvendelse til **Mette Krogh Christensen**, Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, Aarhus Universitet, [mkc@medu.au.dk](mailto:mkc@medu.au.dk).

1. Bourdieu, P: **The forms of capital**. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, Greenwood, 1986, 241-258.
2. Dupras DM, Edson RS, Halvorsen AJ, Hopkins RH, McDonald FS: **“Problem residents”: prevalence, problems and remediation in the era of core competencies**. *Am J Med* 2012, 125:421-425.
- 3 Ferguson E, James D, Madeley L: **Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature**. *BMJ* 2002, 324:952-957.
4. Kenny S, McInnes M, Singh V: **Associations between residency selection strategies and doctor performance: a meta-analysis**. *Med Educ* 2013, 47:790-800.
5. O’Neill L, Norberg K, Thomsen M, Jensen R, Brøndt S, Charles P, Mortensen L, Christensen MK: **Residents in difficulty – just slower learners? A case-control study**. *BMC Medical Education* 2014, 14: 1047 (30. December 2014)
6. Paice E: **Identification and management of the underperforming surgical trainee**. *ANZ J Surg* 2009, 79:180-184.
7. Paice E, Orton V: **Early signs of the trainee in difficulty**. *J Hosp Med* 2004, 65:238-240.
8. Resnick AS, Mullen JL, Kaiser LR, Morris JB: **Patterns and predictions of resident misbehavior – a 10-year retrospective look**. *Curr Surg* 2006, 63:418-425.
9. Steinert Y: **The “problem” learner: whose problem is it?** AMEE Guide No. 76. *Med Teach* 2013, 35:e1035-e1045.
10. Szymczak JE, Bosk CL: **Training for efficiency: work, time, and systems-based practice in medical residency**. *J Health Soc Behav* 2012, 53:344-358.
11. Tabby DSD, Majeed MHM, Schwartzman RJM: **Problem neurology residents: a national survey**. *Neurology* 2011, 76:2119-2123.
12. Ten Cate O, Snell L, Carraccio C: **Medical competence: the interplay between individual ability and the healthcare environment**. *Med Teach* 2010, 32:669-675.
13. Yao DC, Wright SM: **National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents**. *JAMA* 2000, 284(9):1099-1104.
14. Zbieranowski I, Takahashi SG, Verma S, Spadafora SM: **Remediation of residents in difficulty: a retrospective 10-year review of the experience of a postgraduate board of examiners**. *Acad Med* 2013, 88:1111-1116.

## LINKS

Yderligere information om uhensigtsmæssige uddannelsesforløb og håndtering heraf kan findes på følgende hjemmesider:

Videreuddannelsessekretariatet, Videreuddannelsesregion Nord:  
[www.videreuddannelsen-nord.dk](http://www.videreuddannelsen-nord.dk)

Yngre læger:  
[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)

Aarhus Universitetshospital, lægelig uddannelse:  
[www.auh.dk/fagfolk/forskning+og+uddannelse/%C3%A6gelig+videreuddannelse?](http://www.auh.dk/fagfolk/forskning+og+uddannelse/%C3%A6gelig+videreuddannelse?)

Aalborg Universitetshospital, Uddannelse, kurser og kompetenceudvikling:  
[www.aalborguh.rn.dk/For-Sundhedsfaglige/Uddannelse-kurser-og-kompetenceudvikling](http://www.aalborguh.rn.dk/For-Sundhedsfaglige/Uddannelse-kurser-og-kompetenceudvikling)

Managing Trainees in Difficulty, National Association of Clinical Tutors (NACT), Storbritannien:  
[www.gmc-uk.org/Final\\_Appendix\\_5\\_Trainees\\_in\\_Difficulty.pdf\\_53816759.pdf](http://www.gmc-uk.org/Final_Appendix_5_Trainees_in_Difficulty.pdf_53816759.pdf)



Denne rapport omhandler resultater fra et forskningsprojekt om u hensigtsmæssige uddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord.

Rapporten samler ny viden om u hensigtsmæssige uddannelsesforløb i lægers uddannelse til brug for både uddannelsestagere og uddannelsesgivere samt de myndigheder, der sætter rammerne for lægers videreuddannelse. Det er hensigten, at den nye viden kan danne grundlag for forebyggelse og håndtering af u hensigtsmæssige uddannelsesforløb og dermed bedre læringsmuligheder for alle læger i uddannelse. Det er også tanken, at den nye viden kan omsættes til en række anbefalinger og indsatsmuligheder, der kan støtte genoprettelsen af uddannelsesforløb, hvis noget er gået skævt.