

TRIVSEL BLANDT HOVEDUDDANNELSESLÆGER I ALMEN MEDICIN I PRAKSISDELEN

- HVILKE FAKTORER FREMMER OG FÖRRINGER
HOVEDUDDANNELSESLÆGERNES TRIVSEL?

En del af fællesskabet

Work-life balance

At blive set

Pauser

Kurser

Det sociale

Muligheder

Smil

Supervision

Godt samarbejde

Mere tid

Individuelle behov

Gode kollegaer

LISE TORP LINDSKOV

STINA BORG

ANNA ODGAARD CHRISTENSEN

FORSKNINGSTRÆNINGSGAVESOLD 52

VEJLEDER: ANNEMETTE BONDOLIND

Indholdsfortegnelse

Introduktion	1
Metode.....	3
Spørgeskema	3
Studiepopulation	4
Dataindsamling	4
Kendetegn ved respondenterne	4
Litteratursøgning	5
Resultater	6
Det sociale	6
Dagsprogrammet	7
Supervision	9
Work-life Balance.....	10
Rollen som alment praktiserende læge	11
Overordnet trivsel.....	12
Faktorer, der <i>fremmer</i> uddannelseslægenes trivsel.....	13
Faktorer, der <i>forringer</i> uddannelseslægenes trivsel	14
Diskussion.....	15
Konklusion og perspektivering	18
Litteraturliste	19
Bilag	20
Bilag 1.....	20
Bilag 2.....	30

Introduktion

Over tid er arbejdspresset i almen praksis øget. Det er bl.a. et resultat af flytning af opgaver fra sekundærsektoren til primærsektoren. Der er et stigende antal patienter pr. læge, og heraf er der flere ældre patienter, som har en større grad af komorbiditet, og som dermed er mere komplekse og tidskrævende. Lægen skal holde sig opdateret på et højt fagligt niveau indenfor mange forskellige områder. Alt dette medfører generelt større krav til den alment praktiserende læge [1].

Der er også set en stigning i antallet af praktiserende læger, der oplever, at deres arbejde er blevet mere og mere krævende. I 2016 var 96 % PLO-læger enige i, at deres arbejde var blevet mere krævende. 58 % angav, at dette generede dem noget eller meget [1].

For at belyse trivslen blandt praktiserende læger udførte Nørøxe et al. i 2018 [2] en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse. Denne viste, at halvdelen af respondenterne havde mindst et symptom på udbrændthed, og 1 ud af 10 opfyldte kriterierne for komplet udbrændthed. Herudover angav 20 % et højt niveau af stress, 20 % en lav grad af tilfredshed med deres job og 15 % oplevede en utilfredsstillende work-life balance.

Som hoveduddannelseslæger i almen medicin, bliver vi bekymrede i forhold til vores egen fremtid i faget og kan kun håbe på, at denne foruroligende tendens vil vende.

Vi formoder, at trivslen blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin også påvirkes i negativ retning af de ovennævnte mulige stressorer såsom øget travlhed og stigende kompleksitet – måske endda i højere grad, da uddannelseslæger har mindre klinisk erfaring og mindre forudgående kendskab til patienten. Herudover kunne man forestille sig, at den øgede mistrivsel blandt speciallægerne også har en negativ indvirkning på hoveduddannelseslægenes trivsel. Der er risiko for, at der i en presset hverdag bliver mindre fokus på lægens uddannelse f.eks. mindre supervision, manglende imødekomme af ønsker til dagsprogrammets udformning – herunder mindre mulighed for fleksibilitet i form af eksempelvis ekstra tid til mere komplicerede konsultationer, afsatte tider til administrativt arbejde, samt tid til at nå at sætte sig ind i komplicerede faglige problemstillinger.

Desuden er hoveduddannelseslæger ofte i en fase af deres liv, hvor de er ved at stifte familie. Det betyder, at mange af hoveduddannelseslægerne er gravide og har helt små børn, der har et stort omsorgsbehov. Forskning tyder på, at læger i almen medicin generelt kan opleve, at deres work-life balance er under pres, og ca. hver 5. mandlige og hver 4. kvindelige læge i almen praksis angiver i en undersøgelse fra 2020 at føle sig utilstrækkelige som forældre [3].

Funktionen som gatekeeperen, der har den første kontakt med patienten og hermed funktionen som en slags "detektiv", anser mange som spændende og tiltrækkende ved specialet almen medicin. På grund af det stadigt mere krævende arbejde i almen praksis kan denne funktion muligvis i stedet ende med at være belastende, særligt fordi uddannelseslægen under de givne omstændigheder kan være bange for at overse noget eller begå fejl i en presset hverdag.

Ovenstående har gjort os nysgerrige på, hvordan det står til med trivslen blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin. Vi har valgt at fokusere på de læger, der aktuelt arbejder i almen praksis; både fordi der er stor forskel på arbejdet i en praksis og på et sygehus, og der således forventeligt vil være meget forskellige parametre, der påvirker trivslen – men ikke mindst fordi vores egen fremtid ligger i almen praksis.

Vi ønsker at belyse førømtalte ved hjælp af et eksplorativt pilotstudie udført som en spørgeskemaundersøgelse blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin, som er i praksisdelen. Med studiet ønsker vi følgende:

At undersøge trivslen blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin, der er i praksisdelen af uddannelsen.

At belyse hvilke faktorer der fremmer hhv. forringer trivslen for hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen.

Metode

Vores forskningstræningsopgave er baseret på en cross-sectional spørgeskemaundersøgelse blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen (fase 1, 2 og 3) i Region Midt og Region Nord. Idet der i spørgeskemaet var mulighed for svarkategorier af såvel kvantitativ som kvalitativ karakter, er studiet at betegne som et mixed methods studie.

Spørgeskema

Spørgeskemaets indhold er udarbejdet af opgavens tre forfattere, der alle er hoveduddannelseslæger i almen medicin fase 2 i tre forskellige lægepraksisser i Region Midtjylland. Vores indsigt i hvilke faktorer, der muligvis kan hhv. fremme og forringe trivslen blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen, er baseret på erfaringer fra i alt 11 lægepraksisser i Jylland og er undersøgt og udforsket i fokusinterviews af hinanden, som blev brugt som inspiration til spørgeskemaet. Vi brugte en mødedag på disse fokusinterviews samt brainstorming af spørgsmål til spørgeskemaet. Herefter arbejdede vi videre med kategorier og formulering af spørgeskemaet under supervision af vores vejleder. Efter den eksplorative fase med spørgsmål sorterede vi i disse samt diskuterede spørgsmålenes formulering og spørgeskemaets opsætning. Vi fik derefter feedback på spørgeskemaets udformning fra to uafhængige hoveduddannelseslæger i almen medicin, hvilket førte til enkelte omformuleringer af spørgsmål med henblik på at lette forståelsen af disse. Derefter blev den endelige udgave af spørgeskemaet sendt ud.

Spørgeskemaet er udarbejdet og data indsamlet via onlinetjenesten SurveyMonkey. Spørgeskemaet er inddelt i følgende emner og underemner/-spørgsmål (se Bilag 1):

Emne	Underspørgsmål
Introduktion	Kort introduktion til spørgeskemaet samt baggrund for at undersøge emnet.
Baggrundsoplysninger	Køn, alder, civilstatus, om partner har vagtarbejde, antal børn, børnenes alder, erfaring (fase 1, 2 eller 3), arbejdstid, praksistype og antal speciallæger i praksis.
Det sociale	Stemningen i praksis, om der siges godmorgen/farvel, fælles pauser, fødselsdage, personalearrangementer mm., fællesskabsfølelse, ensomhedsfølelse og konflikter.
Dagsprogrammet	Tid pr. patient, mulighed for indflydelse på dagsprogrammet samt tid til at holde pauser.
Supervision	<u>Fast supervision</u> : Antal dage pr. uge, tid pr. gang, skemalagt eller ej, om tiden bruges på supervision, udbytte af supervisionen og om man får spurgt om det, man har brug for. <u>Ad hoc supervision</u> : Om man bliver positivt mødt, og om der er udpeget en specifik supervisor.
Work-life Balance	Hvorvidt man føler sig tilstrækkelig hhv. derhjemme og på arbejde samt betydningen af flekstid/nedsat tid.
Rollen som alment praktiserende læge	<u>Gatekeeper-funktion</u> : Bange for at overse noget, føle sig presset til at henvise samt arbejdet med uvisiterede patienter. <u>Den nære læge-patient relation</u> : Relationens positive og negative betydning. <u>Generalist</u> : Om man finder sig tilpas i rollen som generalist.
Overordnet trivsel	Hvilke faktorer der hhv. kan fremme og forringe trivslen i almen praksis.

Nogle spørgsmål er udformet med svarmuligheden ja/nej andre med mulighed for at gradere på en skala fra 1-5 eller skalaen *aldrig - sjældent - af og til - for det meste - altid*. Der er indsat mulighed for uddybende kommentarer, hvor det er skønnet relevant. Dette med henblik på at supplere spørgeskemaets kvantitative data med kvalitative data.

Studiepopulation

Vi sendte et link til spørgeskemaet i en mail til 66 hoveduddannelseslæger i almen medicin i fase 2 og 3. Desuden blev linket til spørgeskemaet lagt ud på digitale fora for hoveduddannelseslæger i almen medicin (fase 1, 2 og 3) i Region Midt og Region Nord. I alt modtog vi 117 besvarelser. Da vi ikke kender det præcise antal uddannelseslæger, der har forholdt sig til vores spørgeskema, kan vi ikke beregne en svarprocent.

Dataindsamling

Spørgeskemaerne blev udleveret elektronisk med en opsætning, hvor respondenternes IP-adresser ikke blev registreret med henblik på at sikre anonymiteten.

Der var mulighed for at afgive svar i perioden 15.11.21 – 22.11.21, og der blev udsendt en reminder den 19.11.21 med henblik på at øge svarprocenten.

Spørgeskemaerne blev udsendt via Facebookgrupperne *"FYAM Midtjylland"*, *"FYAM Nord"*, *"Uddannelseslæger i almen medicin Region Midt/Øst"*, *"Uddannelseslæger i almen medicin, region midt/distrikt midt"* og *"Uddannelseslæger i almen medicin, Region Midt/Vest"* samt i Facebookgrupperne for forfatternes tre 12-mandsgrupper.

Linket til spørgeskemaet blev desuden sendt pr. mail til de 19 hoveduddannelseslæger i almen medicin, der deltog i Forskningstræningskurset hold 52. Vi bad dem dele linket med relevante uddannelseslæger i deres pågældende praksisser.

Slutteligt fik vi via vores vejleder Annemette Bondo Lind udsendt mails med linket til spørgeskemaet til i alt 66 uddannelseslæger i fase 2 og 3 i Region Nord og Region Midt.

Kendetegn ved respondenterne

Blandt de 117 besvarelser var der en gennemførelsesprocent på 88 %, dvs. 88 % af respondenterne nåede hele vejen igennem spørgeskemaet. Fraset de spørgsmål, hvor der blev udbedt kommentarer, var der højst 11 respondenter, der sprang over de enkelte spørgsmål svarende til en besvarelsesprocent på minimum 90,6 % for samtlige kvantitative spørgsmål.

Det fremgik både af kommentarsporet på de enkelte Facebook-opslag samt kommentarerne i selve spørgeskemaet, at enkelte uddannelseslæger fra hospitalsdelen havde deltaget. Spørgeskemaet var anonymt, hvorfor disse uddannelseslæger udelukkende kunne identificeres og dermed ekskluderes, såfremt de i deres kommentarer til spørgsmålene havde givet udtryk for, at de var i hospitalsdelen. Det kunne derfor ikke lade sig gøre at vurdere præcis hvor stor en andel af respondenterne, der burde ekskluderes på denne baggrund. Dog havde disse uddannelseslæger fokuseret på arbejdet i praksis og ikke på arbejdet på sygehuset, så vi valgte at inkludere deres besvarelser og blot se bort fra de få kvalitative svar, der ikke var praksisrelevante.

Kendetegn ved respondenterne fremgår af Tabel 1. Der ses en overvægt af kvinder (82,9 %). Langt de fleste af respondenterne er samboende/gift (94,9 %), heraf har 28,2 % en partner med vagtarbejde. Størstedelen

af respondenterne har børn (89,7 %). De fleste af respondenterne er i fase 1 (44,4 %) mod 23,1 % i fase 2 og 32,5 % i fase 3, og langt de fleste er tilknyttet en kompagniskabspraksis (86,2 %).

Kendetegn ved respondenterne		N (%)
Total		117 (100 %)
Køn	Kvinde	97 (82,9 %)
	Mand	20 (17,1 %)
	Andet	0 (0,0 %)
Alder	25 – 35 år	65 (55,6 %)
	36 – 45 år	51 (43,6 %)
	46 + år	1 (0,9 %)
Civilstatus	Enlig	2 (1,7 %)
	I et forhold, ikke samboende	4 (3,4 %)
	Samboende/Gift	111 (94,9 %)
Partner med vagtarbejde	Ja	33 (28,2 %)
	Nej	82 (70 %)
	Ikke relevant	2 (1,7 %)
Antal børn	0	12 (10,3 %)
	1	12 (10,3 %)
	2	52 (44,4 %)
	3	34 (29 %)
	4 +	7 (6,0 %)
Fase i hoveduddannelsen	Fase 1	52 (44,4 %)
	Fase 2	27 (23,1 %)
	Fase 3	38 (32,5 %)
Praksistype	Solopraksis	9 (7,8 %)
	Kompagniskabspraksis	100 (86,2 %)
	Samarbejdspraksis	7 (6,0 %)
Antal speciallæger i praksis	1-3	77 (65,8 %)
	4 +	40 (34,2 %)

Tabel 1

Litteratursøgning

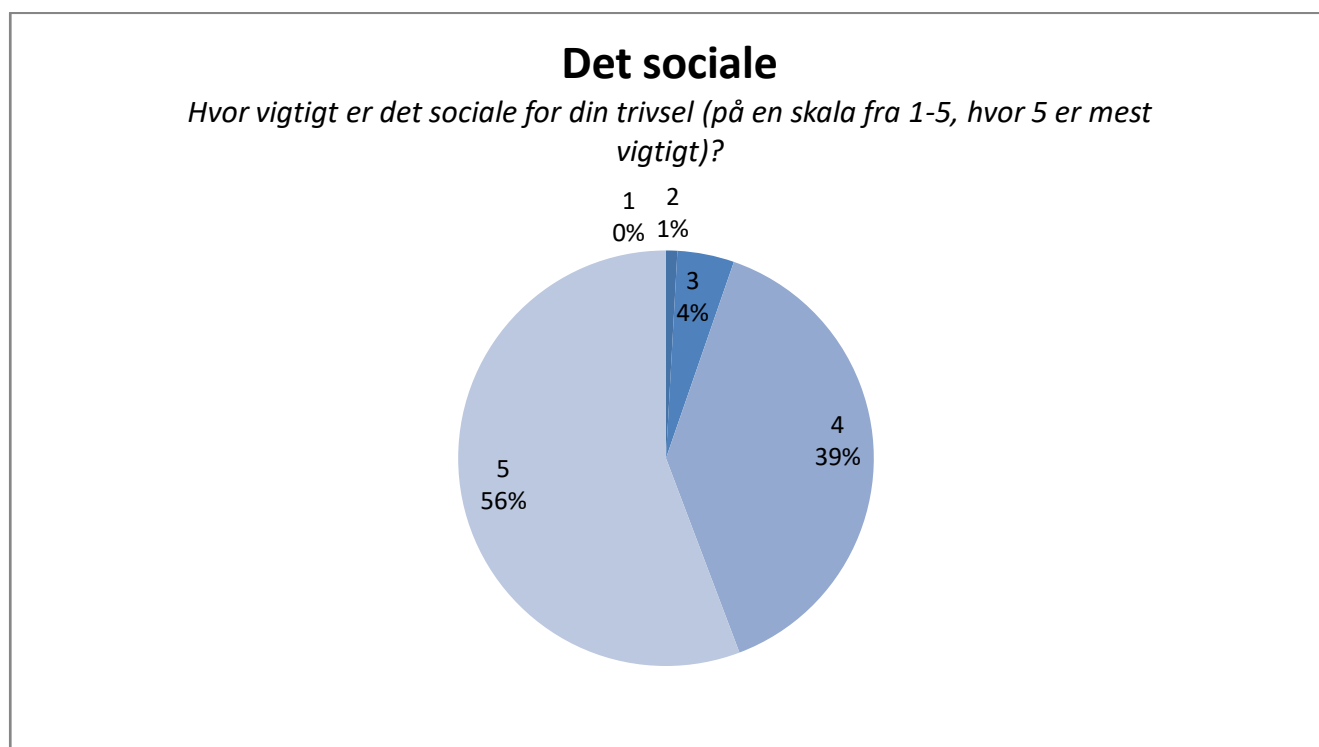
For at opnå baggrundsviden inden for emnet før udarbejdelse af spørgeskemaet blev der – ud over de førromtalte fokusinterviews – lavet en litteratursøgning for at finde relevante videnskabelige artikler. Artiklerne blev fremsøgt d. 27/10-21 på PubMed.

Der blev søgt på kombinationen af MeSH-termerne "General Practitioners", "Mental Health" og "Denmark", hvor vi udvalgte en artikel [2]. Efterfølgende søgte vi på MeSH-termerne "Burnout, Psychological" og "General Practitioners", hvor vi udvalgte yderligere to artikler [4,5]. Ved at gennemgå referencelister fandt vi yderligere et studie [6], som vi inkluderede i vores opgave.

Resultater

Det sociale

95 % af respondenterne angav, at det sociale fællesskab var vigtigt eller meget vigtigt for deres trivsel ("4" eller "5" på skalaen 1-5, hvor "5" er mest vigtig) (se Figur 1).



Figur 1

Især personalearrangementerne gik igen som en særdeles vigtig faktor for at fremme trivslen. 96 % angav, at de afholdte personalearrangementer – typisk julefrokost og sommerfest.

Flere pointerede, at de ville have foretrukket, at de også blev inviteret med til personalearrangementer, når de var på returdage med henblik på at bevare den sociale tilknytning til praksis. Der blev uddybende kommenteret, at nogle sågar følte, at de *"blot var uddannelseslæger og ikke en del af det faste personale"*.

"Uddannelseslæger inviteres dog ikke, hvis de er nystartede, men først efter 3-6 mdr., således svært at føle sig velkommen."

Det var vigtigt for mange af respondenterne at kommentere på, at deres trivsel ville fremmes betydeligt, såfremt de følte sig bedre inkluderet socialt. 75 % følte sig "altid" eller "for det meste" som en del af det sociale, hvilket vil sige, at 25 % oplevede, at de "aldrig", "sjældent" eller "af og til" var en del af det sociale. 7 % følte sig "for det meste" eller "altid" ensomme på deres arbejdsplads.

Derudover var det vigtigt for mange, at pauserne blev prioriteret af alle og ikke forsvandt i travlhed, således at man havde pauserne sammen og kunne snakke om andet end noget fagligt. 85 % angav, at pauserne "for det meste" eller "altid" blev prioriteret af dem selv og deres kolleger.

"Jeg har valgt almen meget for det tværfaglige, herunder også et par minutter til smil og grin."

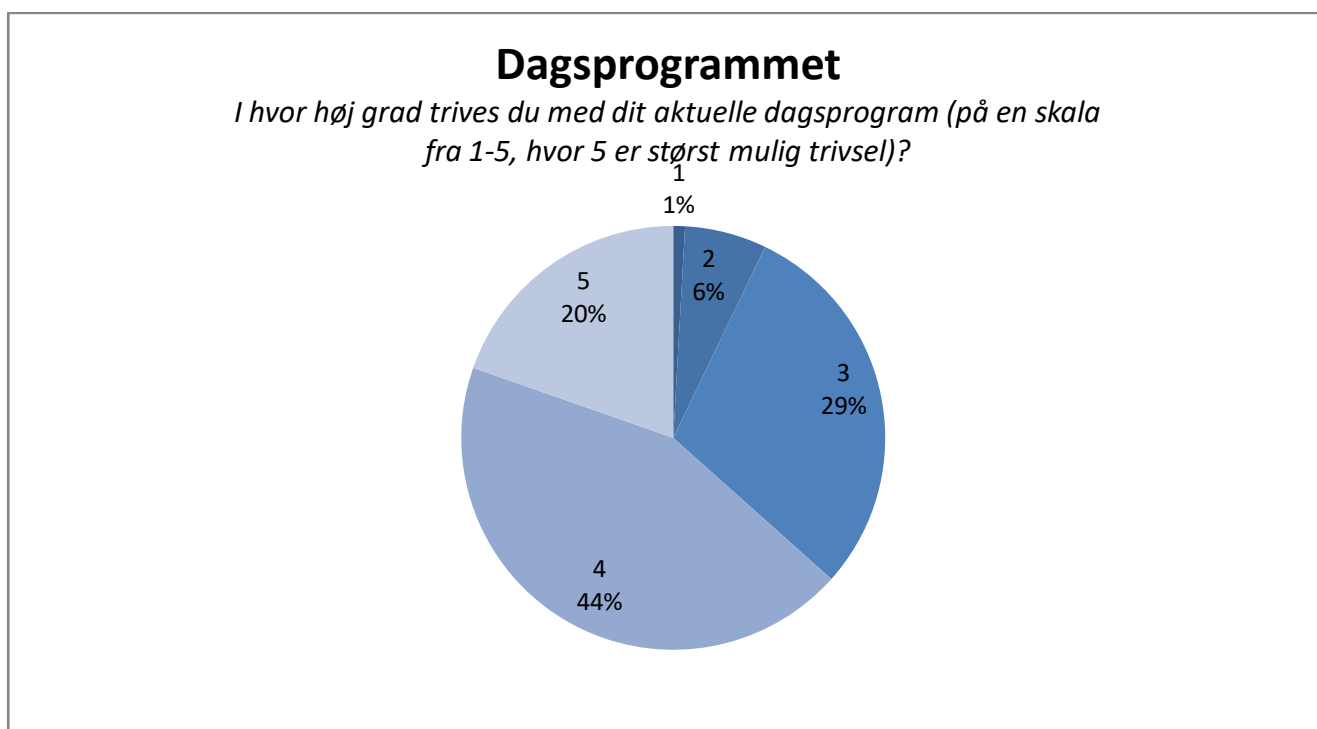
Det blev også nævnt, at det sociale fællesskab medførte tryghed og sikrede et bedre samarbejde og læringsmiljø.

Langt størstedelen svarede, at det var kutyme i deres praksis, at man sagde godmorgen/farvel (88 %), mens 12 % oplevede det "af og til" eller "sjældent".

70 % af respondenterne angav, at der i deres praksis var god eller rigtig god stemning ("4" eller "5" på skalaen 1-5, hvor "5" er bedst). Ca. 4 % oplevede "for det meste" konflikter, mens 31 % svarede, at de oplevede dette "af og til", og 65 % svarede "sjældent" eller "aldrig".

Dagsprogrammet

93 % af respondenterne oplevede nogenlunde til optimal trivsel ("3", "4" eller "5" på skalaen 1-5, hvor "5" er bedst) med deres aktuelle dagsprogram, og 7 % trivedes ikke eller slet ikke med deres program ("1" eller "2" på 1-5-skalen) (se Figur 2).



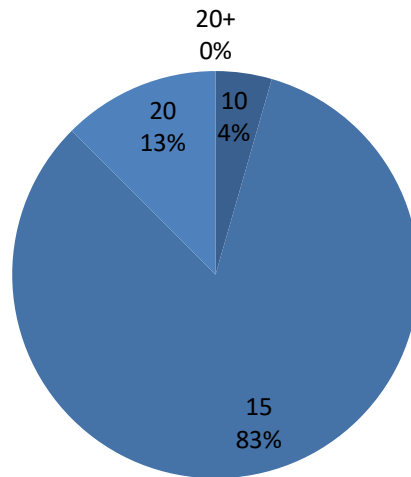
Figur 2

Deltagerne blev spurgt til dagsprogrammets udformning, og her angav 4 %, at de i gennemsnit havde 10-minutters tider, 83 % havde 15 minutter og 13 % havde 20 minutter (se Figur 3).

På en skala fra 1-5, hvor "5" var tilstrækkelig tid pr. patient, svarede 86 % "3", "4" eller "5". Således havde 14 % utilstrækkelig med tid ("1" eller "2" på 1-5-skalaen) (se Figur 4).

Tid pr. patient

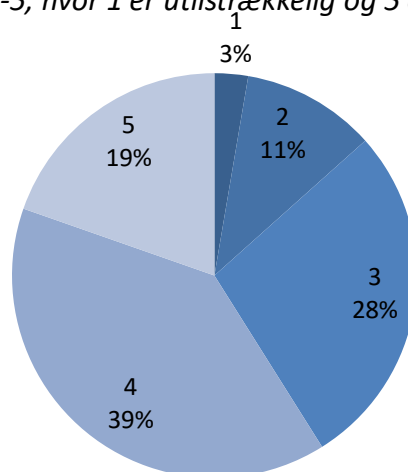
Hvor meget tid har du i gennemsnit pr. patient (minutter)?



Figur 3

Tilstrækkelig tid pr. patient

I hvor høj grad oplever du den afsatte tid som værende passende (på en skala fra 1-5, hvor 1 er utilstrækkelig og 5 er tilstrækkelig)?



Figur 4

76 % havde "for det meste" eller "altid" tid til at holde deres pauser, hvorimod 24 % havde tid til pause "af og til", "sjældent" eller "aldrig". Mange oplevede, at deres buffertider¹ eller administrative tid ofte blev inddraget pga. travlhed og mangel på tider generelt.

¹ Tidsrum i kalenderen, som uddannelseslægen selv kan råde over.

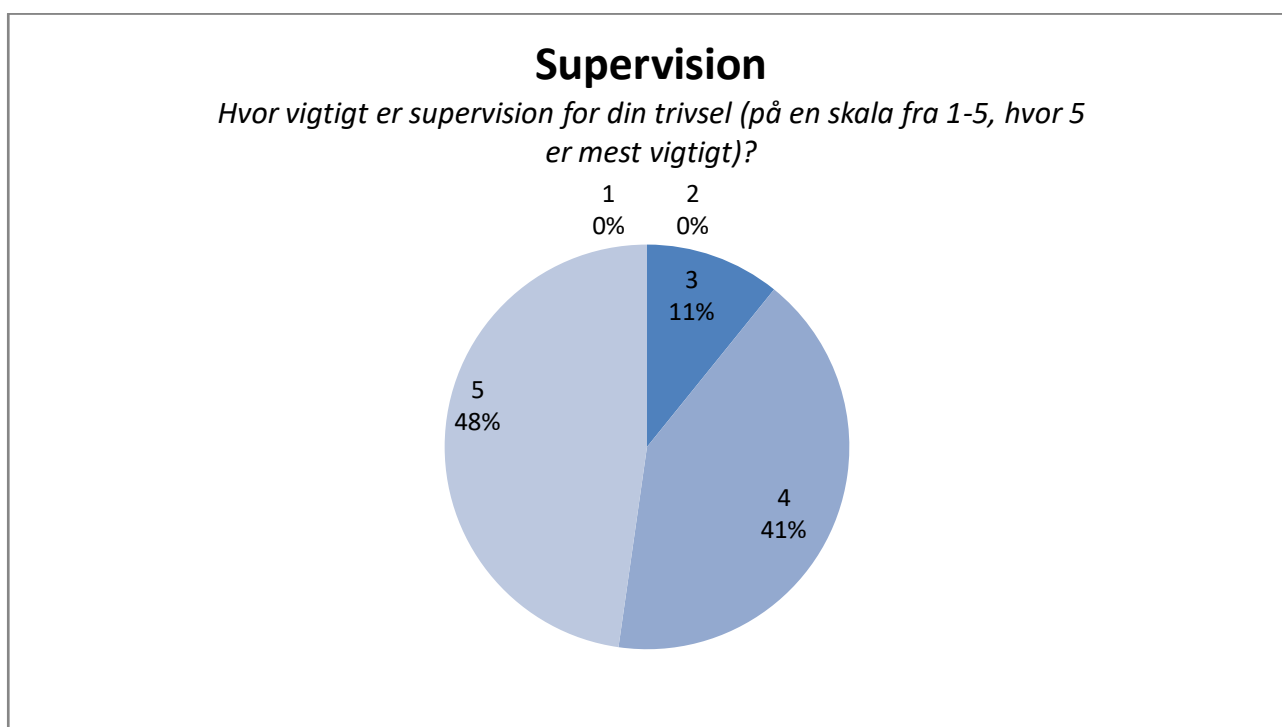
72 % havde drøftet dagsprogrammets struktur, og 82 % havde oplevet lydhørhed overfor individuelle behov eller ønsker til dets udformning.

Generelt tegnede der sig et billede af stor grad af forståelse for individuelle behov, men en enkelt fortalte, at der først blev udvist forståelse herfor, da det ellers blev nødvendigt med sygemelding. Flere gav udtryk for, at det generelt var dejligt, at deres behov blev hørt, selv hvis det bare drejede sig om småjusteringer:

"Jeg kunne ikke nå at hente min datter i dagpleje med deres arbejdstider. De tilbød da, at vi kunne fordele mine omsorgsdage ud, således at vores hverdag fungerede. Det var en stor hjælp for min familie. Og det betød rigtig meget, at de selv kom med forslaget, og at jeg ikke selv skulle komme "med hatten i hånden"".

Supervision

Initielt skal det nævnes, at langt flertallet af respondenterne mente, at supervision var vigtig for deres trivsel. På spørgsmålet "hvor vigtig er supervision for din trivsel (på en skala fra 1-5, hvor "5" er mest vigtigt)?", svarede 48 % "5", og 41 % svarede "4" (se Figur 5).



Figur 5

96 % angav at have fast supervision, og hos 99 % var den skemalagt. 80 % havde fast supervision dagligt, og typisk var der afsat 21-30 min. pr. gang – dette gjaldt hos 75 %. 22 % angav 11-20 min., og 3 % havde over 30 min.

På spørgsmålet om hvorvidt den afsatte tid blev brugt til supervision/faglige emner, svarede 42 % "altid", og 47 % svarede "for det meste". Flere uddybede med, at supervisionen ofte forkortedes - og enkelte at den nogle gange blev helt aflyst:

"Ofte bruges kun en del af tiden på supervision, resten på at indhente det, jeg/tutorlæge er bagud med" svarede en eksempelvis – en anden:

"Bliver 1-3 gange ugentligt aflyst eller markant minimeret af forskellige årsager."

Ud over den faste supervision angav 96 % at have mulighed for at afbryde med henblik på ad hoc supervision. 42 % havde fået udpeget en specifik daglig supervisor til dette formål. Langt de fleste angav, at de blev positivt mødt, når de søgte ad hoc supervision. 50 % svarede "5" på en skala fra 1-5, hvor "5" var mest positivt, og 35 % svarede "4".

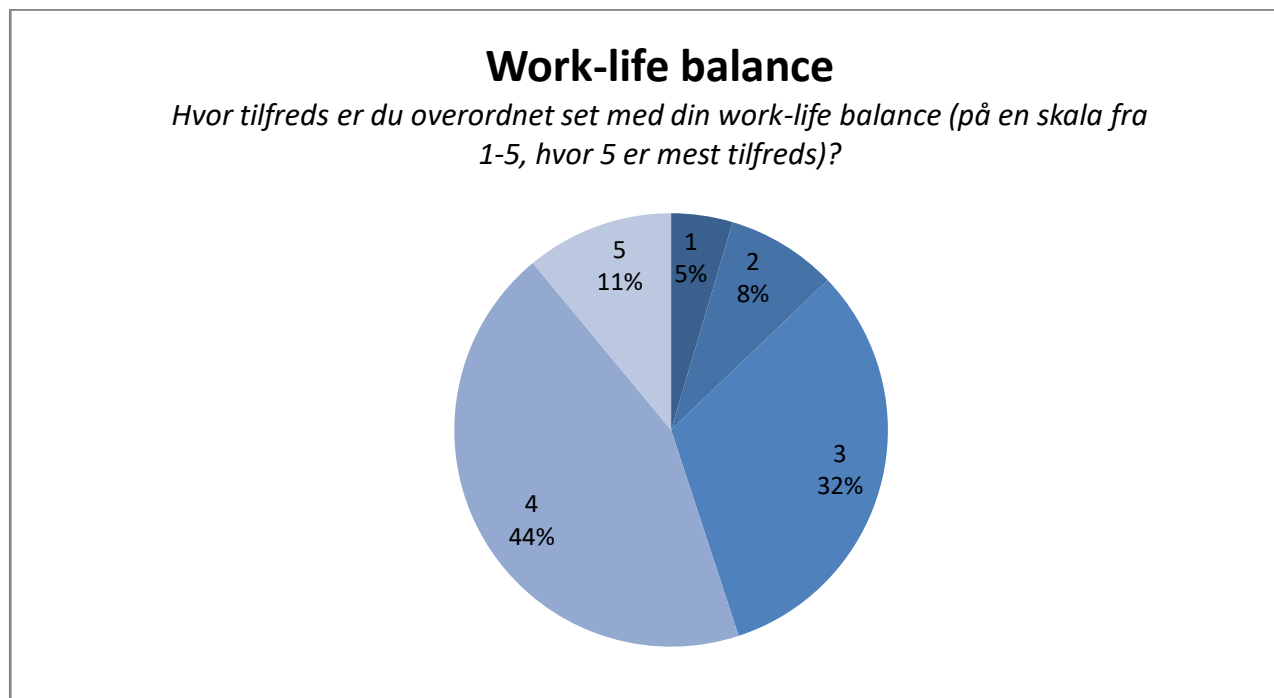
Flertallet svarede, at de generelt havde udbytte af supervisionen. 29 % svarede "altid" og 56 % "for det meste". 42 % svarede "ja" på spørgsmålet "er der noget, du ikke får spurgt om, fordi du oplever, at tutorlæge har for travlt?". Kommentarerne bar præg af, at uddannelseslægen kun fik spurgt om det, der gjorde, at vedkommende kunne komme videre i sit program:

"Man bliver nødt til kun at vælge de patienter ud, hvor man er mest usikker, fordi tiden er knap. Det medvirker, at jeg faktisk går glip af at lære noget om det, som jeg måske bare tror, jeg ved noget om."

"... vi skal jo tilbage til opgaverne og patienterne".

Work-life Balance

På spørgsmålet "hvor tilfreds er du overordnet set med din work-life balance (på en skala fra 1-5, hvor "5" er mest tilfreds)", svarede 55 % "4" eller "5", 32 % svarede "3", og 13 % svarede "1" eller "2" (se Figur 6).



Figur 6

45 % følte sig *ikke* tilstrækkelige i forhold til partner/børn/hjemlige gøremål. Størstedelen uddybede med at være helt udmattede, når arbejdsdagen var omme:

"Jeg er ofte helt udmattet, når jeg kommer hjem og mangler overskud til det praktiske samt sociale derhjemme."

"Der er slukket, når jeg har fri."

Det gik igen i kommentarerne, at overarbejde og pendlertid yderligere udfordrede den hjemlige logistik og overskud i form af vanskeligheder ved at nå at hente børnene samt begrænset tid derhjemme i børnenes vågne timer.

60 % angav, at flekstid eller deltid i meget høj grad (svarende til "5" på en 1-5-skala) ville øge følelsen af at være tilstrækkelig i forhold til partner/børn/hjemlige gøremål. Mange ønskede eller havde allerede deltid. De, der havde deltid, havde oplevet, at det gjorde en stor forskel i forhold til overskuddet både derhjemme og på arbejdet:

"... Deltid giver mig mulighed for at være den læge, jeg gerne vil være. Og vigtigst af alt, så giver deltid mig mulighed for at skabe den hverdag for min familie, som jeg ønsker... Jeg forestiller mig, at fuldtid i praksis ville stjæle så meget af min energi, at jeg ikke ville være den person, jeg har lyst til at være, uden for arbejde."

72 % følte sig tilstrækkelige på arbejdet, men langt størstedelen gav udtryk for, at tiden var for knap:

"Jeg føler, der er en forventning om, at jeg ikke bruger længere tid pr. patient end mine tutorlæger, der jo alle er speciallæger og herudover kender deres patienter. Det, synes jeg, er et stort pres."

"... den faglige kompetence er ok, men tiden for knap."

Mange brugte noget af deres pauser, mødte tidligere ind eller blev længere for at få arbejdsdagen til at hænge sammen.

Rollen som alment praktiserende læge

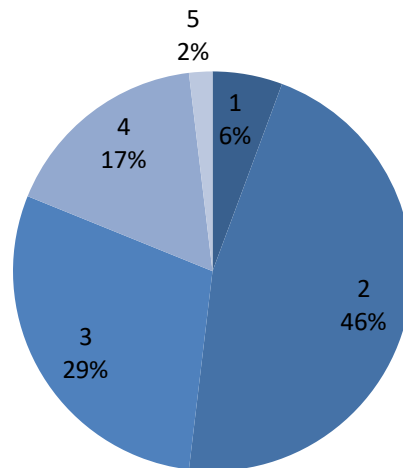
Der blev spurgt ind til, hvordan den praktiserende læges rolle som gatekeeper påvirkede trivslen blandt hoveduddannelseslægerne. 35 % var ikke særligt bekymrede for at overse noget ("1" eller "2" på en 1-5-skala, hvor "1" er mindst bekymret), 30 % var bekymrede for at overse noget ("4" eller "5"). 35 % placerede sig i midten ("3"). Om gatekeeperfunktionen kommenterede én:

"Er det mest spændende, men også roden til bekymring."

I forhold til i hvor høj grad uddannelseslægerne kunne føle sig presset af patienten til at henvise (på en 1-5-skala, hvor "5" er mest presset), svarede 6 % "1", 46 % "2", 29 % "3", 17 % "4" og 2 % "5" (se Figur 7).

At føle sig presset til at henvise

I hvor høj grad kan du føle dig presset af patienten til at henvise (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest presset)?



Figur 7

På spørgsmålet "i hvor høj grad finder du dig tilpas i at arbejde med uvisiterede patienter (på en skala fra 1-5, hvor "5" er mest tilpas)?", svarede 88 % "4" eller "5" som udtryk for, at de fleste befandt sig godt med at arbejde med uvisiterede patienter samt foretage den initiale udredning.

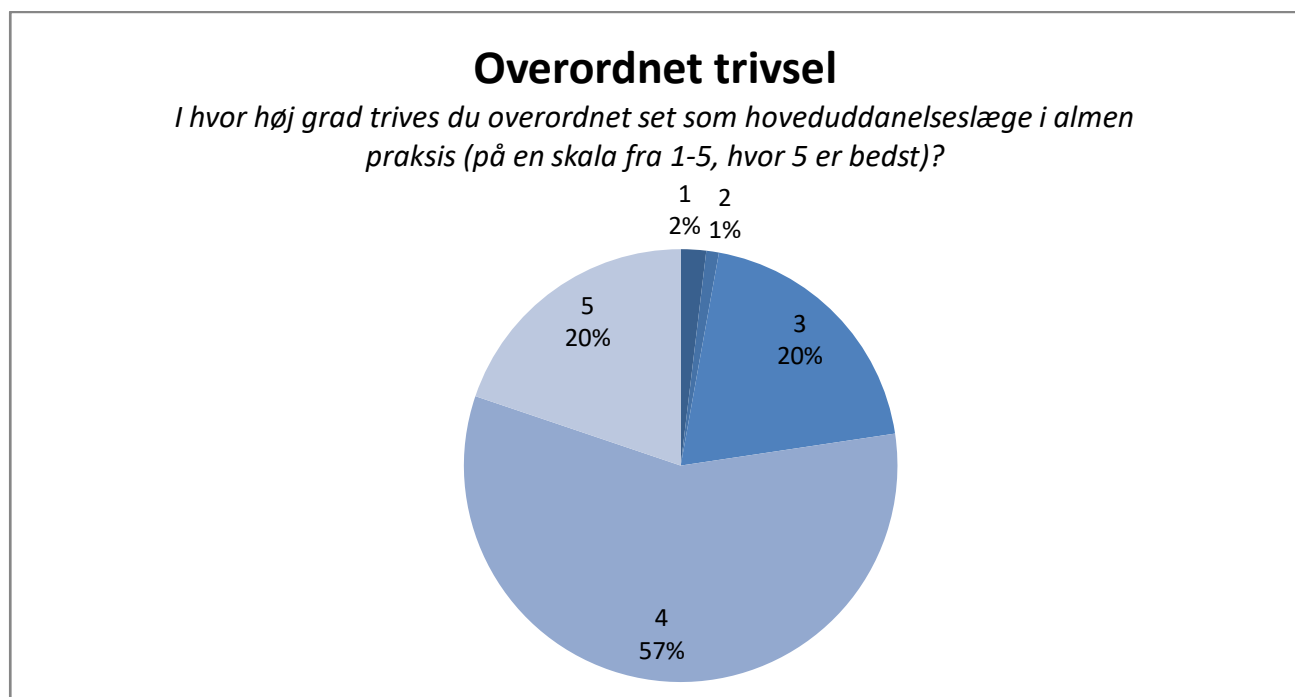
I forhold til den nære patientrelation, man oplever i almen praksis, fandt 86 % overvejende dette aspekt positivt, idet de svarede "4" eller "5" på en skala fra 1-5, hvor "5" var mest positivt. Respondenterne blev spurgt til både det positive og negative ved den nære læge-patientrelation, og der var et klart billede af, at det positive aspekt overskyggede det negative aspekt.

"Det er givende med en tæt relation, men det kan også være svært at lægge arbejdet fra sig, når man har fri. Divergerende interesser ift. patienten kan føles værre."

Adspurgte i hvor høj grad uddannelseslægerne trives i, som generalister, at skulle tage hurtige beslutninger uden ekspertviden, svarede 65 % "4" eller "5" på en skala fra 1-5, hvor "5" var i høj grad. 29 % svarede "3". Dette tolkes som, at størstedelen trives med denne rolle.

Overordnet trivsel

For at få klarlagt den overordnede trivsel spurgte vi: "I hvor høj grad trives du overordnet set som hoveduddannelseslæge i almen praksis (på en skala fra 1-5, hvor "5" er bedst)?". Ud fra tallene kan vi se, at de fleste trives godt eller nogenlunde – få trives ikke. Således angiver kun 3 % "1" eller "2" på spørgsmålet om overordnet trivsel (se Figur 8).



Figur 8

Herefter fulgte spørgsmål, der på kvalitativ vis skulle belyse respondenternes overordnede trivsel.

Faktorer, der fremmer uddannelseslægenes trivsel

Første spørgsmål lød: "Hvilke faktorer oplever du kan fremme din trivsel i almen praksis?".

Der blev afgivet i alt 89 kommentarer. Rigtig mange af de samme faktorer blev nævnt igen og igen. Nogle af de ting, der blev nævnt adskillige gange, og samlet set kan kategoriseres som organisatoriske, var "tid nok", "intet overarbejde", "mulighed for deltid", "fleksibilitet", "mulighed for medindflydelse på arbejdstilrettelæggelse" og tid til andet end den daglige drift – herunder nævnt "tid til kurser", "administrationstid" og "tid til at lære om praksisdrift".

Mange kommentarer handlede om det sociale samt stemningen og kulturen på arbejdspladen, og nogle af de faktorer, der var vigtige, var bl.a. "viser interesse for mig", "sociale arrangementer", "prioritering af fælles pauser", "anerkendelse", "fællesskab", "at føle mig værdsat", "god stemning" og "godt samarbejde".

Herudover nævnte mange af respondenterne forskellige aspekter angående supervision herunder "let adgang til supervision", "mere planlagt supervision" og "let tilgængelighed til ad hoc supervision".

Flere svarede, at det var fremmende for deres trivsel at være i en praksis med flere yngre læger. Herudover udtrykte nogle et ønske om flere fælles arrangementer for hoveduddannelseslæger i almen medicin.

Eksempler på kommentarer fra respondenterne, der underbygger ovenstående:

"Godt arbejdsmiljø: Imødekommenhed, at blive mødt med smil og interesse for hinanden, og at der altid er mulighed for at spørge om råd. Ikke for presset kalender, så man altid er bagud og ikke kan gå hjem til tiden."

"... Når en tutorlæge under supervisionen af sig selv benytter muligheden for at undervise ud fra en af dagens patienter."

"... kultur, der fremmer ad hoc supervision, og små spørgsmål, der gør at opgaver kan afsluttes..."

Faktorer, der forringer uddannelseslægenes trivsel

Andet spørgsmål, der skulle belyse respondenternes overordnede trivsel, lød: "Hvilke faktorer oplever du kan forringe din trivsel i almen praksis? "

82 personer svarede på dette spørgsmål. Også her var der mange gengangere, men særligt en faktor, uddannelseslægerne syntes forringede deres trivsel, gik igen: "Travlhed." Herunder blev nævnt "manglende tid til fælles pauser", "overarbejde", "for stramt dagsprogram", "tidspres", "fortravlet supervision", "travlhed blandt tutorlæger" og "stressede kolleger".

Af organisatoriske faktorer med negativ indflydelse på trivslen blev bl.a. nævnt "ingen mulighed for kurser", "ingen mulighed for nedsat tid", "manglende medinddragelse/medindflydelse", "manglende fleksibilitet" og følelsen af, at "driften altid prioriteres over uddannelse".

Faktorer vedrørende det sociale, stemningen samt kulturen på arbejdspladsen, der forringede trivslen var blandt andre: "Dårlig stemning mellem lægerne", "negativ tone", "manglende anerkendelse", "konflikter", "at blive tiltalt nedladende" og "ingen invitation til sociale arrangementer".

"Manglende supervision", "afvisning ved efterspørgsel af supervision" og "føle sig som en belastning, når brug for supervision" blev nævnt som forringende for trivslen.

Yderligere blev følgende nævnt flere gange: "Dårlige faciliteter", "pladsproblemer/ikke have sit eget rum", "høje krav fra patienter", "høje forventninger fra patienter" og "utilfredse patienter".

Uddrag af kommentarer omhandlende faktorer, der oplevedes at forringe trivslen:

"Dårlig og negativ stemning... Følelsen af at blive misforstået og ikke set."

"Når jeg føler, at jeg skal være taknemmelig for, at jeg bliver superviseret. Lægerne virker travle, så jeg forsøger at korte ned til et minimum, så de kan komme videre og lave deres "rigtige arbejde"..."

"I min praksis, må jeg altid forstyrre mht. ad hoc-supervision. Af og til mødes jeg dog af "jeg har travlt"... Jeg kan meget let komme til at føle mig som en belastning."

"Travlhed som går ud over det sociale. Når jeg føler mig som en pengemaskine for praksis med for lidt fokus på læring og for stor fokus på indtjening."

"For presset et program, hvor man må gå på kompromis med det faglige (manglende tid til supervision/slå ting op) og det sociale (ikke mulighed for pauser)..."

Diskussion

Spørgeskemaet blev, som beskrevet i metodeafsnittet, sendt ud i diverse sociale fora for uddannelseslæger i almen medicin. Et af studiets svagheder er, at det ikke har været muligt at udregne en svarprocent, da flere uddannelseslæger er medlem af flere af disse fora. Herudover kan medlemmerne også være læger, der ikke er i hoveduddannelse i almen medicin samt læger i hospitalsblokken. Vi har været bevidste om denne svaghed, men prioriterede at få et højt antal besvarelser ved at sende spørgeskemaet bredt ud frem for kun at sende det ud til en afgrænset, kendt gruppe. Vi anser det som en styrke ved studiet at have et højt dataload (117 besvarelser).

I analysen af vores resultater blev det klart for os, at det var vanskeligt at fortolke data baseret på en 1-5-skala, idet der formentlig er individuelle opfattelser af, hvad hvert af de fem tal repræsenterer. Særligt er fortolkningen af midterkategorien "3" vanskelig, da der givetvis vil være forskellige opfattelser af, om dette svar hælder mest i positiv eller negativ retning.

En styrke ved studiet er, at vi har anvendt mixed methods. Således har vi via vores kvalitative data fået uddybet de kvantitative data, hvilket har givet vores analyse dybde. Yderligere vurderes det at være en styrke, at der i spørgeskemaet er spurgt ind til en bred vifte af parametre, der kunne tænkes at have indflydelse på uddannelseslægernes trivsel. Dog er der risiko for, at omfanget af spørgeskemaet kan have medvirket til, at nogle respondenter ikke fik svaret på samtlige spørgsmål.

Vi er ikke klar over, om respondenterne er repræsentative for alle potentielt mulige respondenter, der opfylder inklusionskriterierne. I studiet af Nørøxe et al. fra 2018 [2] undersøgte man trivsel og jobtilfredshed blandt praktiserende læger i Danmark. Ud fra veldefinerede baggrundsfaktorer kunne man vurdere, hvilke læger, der kunne forventes at være de mest pressede. Der sås en tendens til, at det overvejende var de forventeligt mest pressede læger, der ikke svarede på det tilsendte spørgeskema. I tråd med dette kunne det være, at respondenterne i vores studie repræsenterer de uddannelseslæger, der trives bedst. Omvendt kunne man forestille sig, at det primært er dem, der ikke trives i deres praksis, der har størst behov for at "komme til orde" med forhåbning om at ændre forholdene. Begge forhold kan således resultere i selektionsbias.

Overordnet set fandt vi i vores studie, at hoveduddannelseslægerne i almen medicin i Region Midt og Region Nord overvejende trives godt i almen praksis.

95 % angav, at det sociale fællesskab var vigtigt eller meget vigtigt for deres trivsel, og at et godt socialt fællesskab medførte tryghed og sikrede et bedre samarbejde og læringsmiljø. Set i lyset heraf er det bekymrende, at 37 % svarede, at de af og til følte sig ensomme. Derudover kommenterede flere af respondenterne på, at de ikke blev inviteret med til de sociale arrangementer i klinikken, og at pauserne med mulighed for relationsdannelse med kollegaer nogle gange forsvandt i travlhed.

Langt de fleste angav, at supervision var vigtig for deres trivsel.

96 % angav mulighed for at afbryde med henblik på ad hoc supervision.

De fleste havde 21 – 30 minutters skemalagt supervision dagligt. Størstedelen angav i den kvantitative del af spørgeskemaet, at tiden afsat til supervision rent faktisk blev brugt på supervision, men i den kvalitative del af spørgeskemaet viste sig et andet mønster; her gav mange udtryk for, at tiden blev brugt på anden vis.

Af DSAMs hjemmeside fremgår det: *"Der skal afsættes den fornødne tid til supervision. Det er vigtigt, at denne tid er beskyttet og fastsat på dagsprogrammet. Det kan variere, hvor lang tid den enkelte uddannelseslæge har behov for supervision. 30 min. daglig supervision vil for de fleste uddannelseslæger være passende"* [7]. Uddannelseslægen kan dermed aktuelt ikke gøre krav på de 30 minutters supervision, idet der kun er tale om en anbefaling. Ifølge vores resultater ville det være hensigtsmæssigt, at det var et formelt krav, således at uddannelseslægen kunne påberåbe sig retten til 30 minutters supervision dagligt. Såfremt der ikke er brug for samtlige 30 minutter til at drøfte patienter eller faglige problemstillinger, kunne den resterende tid med fordel bruges på eksempelvis at drøfte faktorer, der har indflydelse på uddannelseslægens trivsel. For mange ville det formentlig også være nemmere at tage dialogen om for lidt supervision med tutorlægen, såfremt man kunne henvise til et formelt krav herom.

Som en del af speciallægeuddannelsen i USA er det en obligatorisk del af undervisningen at kunne identificere tegn på stress, udbrændthed eller begyndende misbrug hos kollegaer. Hermed bliver et kollektivt fokus på uddannelseslægenes trivsel en integreret del af uddannelsen, således at det ikke blot er den enkeltes ansvar [4]. Selvom vores studie tyder på, at respondenterne generelt trives, kunne trivslen formentlig forbedres yderligere ved iværksættelse af lignende tiltag i form af formaliseret undervisning med fokus på at øge uddannelseslægenes trivsel.

I vores kvantitative data tegnede der sig et billede af, at der var lydhørhed i forhold til ønsker til dagsprogrammets udformning. Denne mulighed for medbestemmelse, formoder vi, er medvirkende til at bedre trivslen. Eksempelvis sammenholder "Karaseks job strain model" krav på jobbet med egen mulighed for kontrol på jobbet. Høje krav på jobbet kombineret med lav grad af kontrol giver en høj grad af "job strain", som på dansk kan oversættes til "psykosocialt stress på arbejdspladsen". Job strain er associeret med risiko for stress og udbrændthed [6].

Vores undersøgelse viste, at 45 % følte sig utilstrækkelige i forhold til partner/børn/hjemlige gøremål. Dette er en væsentlig større andel end de fandt i studiet af Karstoft et al. fra 2020 [3], hvor det var tilfældet for ca. 20 % af de mandlige og 25 % af de kvindelige respondenter, som var enten uddannelseslæger eller speciallæger, der arbejdede i praksis. Den væsentligt højere andel i vores studie kunne muligvis forklares af, at respondenterne alle er uddannelseslæger, hvoraf størstedelen er yngre kvinder med familie og små børn (se Tabel 1). Utilstrækkelighedsfølelsen var mest udtalt i forhold til de hjemlige forhold, idet 28 % følte sig utilstrækkelige på arbejdet. Dog må det formodes, at følelsen af at være utilstrækkelig på hjemmefronten vil smitte af på, hvorvidt man føler sig tilstrækkelig på arbejdspladsen. Herudover må man formode, at de fleste speciallæger i gennemsnit trives bedre i deres egen praksis end uddannelseslægen, da speciallægen har en høj grad af medbestemmelse samt indflydelse på egen arbejdsdag. Da der kun indgår uddannelseslæger i vores undersøgelse, er der derfor kun tale om respondenter, der alle i høj grad må tilpasse sig nogle på forhånd etablerede rammer.

I et studie af Bugaj et al. fra 2020 [5] blev der beskrevet flere kendte stressorer ved arbejdet i almen praksis. Blandt andre nævntes "den nære patientrelation", "personlig involvering i patienten", "de hurtige kliniske beslutninger" og "frygten for at fejle". I vores studie finder vi ikke, at disse kendetegn har en overvejende negativ indflydelse på uddannelseslægenes trivsel.

I forhold til den overordnede trivsel viste vores undersøgelse, at størstedelen af respondenterne trivedes som hoveduddannelseslæger i almen praksis. På baggrund af vores kvalitative data tegnede der sig dog et

billede af, at der var stor forskel på forholdene for de enkelte uddannelseslæger. En respondent svarede som for at understøtte denne tendens:

”Kæmpe forskel på hvor meget praksis gør for uddannelseslæger, hvilket er frustrerende, hvis man er i en ”dårlig” praksis.”

Hver praksis er en selvstændig virksomhed, hvor praksisejerne kan organisere sig, som de vil. Hver eneste praksis er unik, og heraf hersker selvsagt en forskellig kultur i de forskellige praksisser. I kraft heraf vil uddannelseslægerne møde vidt forskellige arbejdspladser og arbejdsmiljøer, som blandt andet via de i opgaven beskrevne faktorer påvirker uddannelseslægernes trivsel. Der indgår kun uddannelseslæger i vores undersøgelse, og der er derfor tale om respondenter, der alle i høj grad må underlægge sig nogle på forhånd givne omstændigheder. I fase 1 og 2 har man som uddannelseslæge ikke selv indflydelse på, hvilken praksis man tilknyttes – hermed underlægges man eksempelvis pendlertid, praksis’ holdning til vigtigheden af supervision og prioriteringen af denne, det givne sociale fællesskab i praksis og muligheden for at blive inkluderet i dette. I fase 3 har man derimod mulighed for at besøge forskellige praksisser og dermed mulighed for at vælge den praksis, hvor man formoder, man vil passe bedst. Herudover er der mulighed for, at både uddannelseslægen og praksisejerne kan danne sig et indtryk af hinanden, således at man gensidigt kan få en ide om, hvorvidt der kan være grobund for god kemi i et fremtidigt samarbejde.

Vi vil på det kraftigste opfordre til, at tutorlægerne investerer i uddannelseslægernes trivsel - både fordi lægers trivsel er af afgørende betydning for kvaliteten af patientbehandlingen, men også fordi trivslen har indflydelse på kvaliteten af uddannelseslægernes uddannelsesforløb [4].

Ifølge beskrivelsen af tutorlægekursen på Sundhed.dk [8] bliver der på kurset primært lagt vægt på kompetencevurdering af uddannelseslæger samt formelle forventninger og krav. Ligeledes er det primært de praktiske forhold og krav til tutorlægen, der beskrives på DSAMs hjemmeside [9], og ikke eksempelvis hvordan man sikrer sig, at uddannelseslægen kommer til at trives i klinikken. Vi kan dog ikke være sikre på, at beskrivelsen på hjemmesiderne er fyldestgørende, og forhåbentlig indgår uddannelseslægens trivsel i det mere detaljerede program for tutorlægekursen.

Konklusion og perspektivering

Efter at have beskæftiget os med emnet ”Trivsel blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen” er vi blevet endnu mere bevidste om, hvor vigtigt det er, at der er fokus på uddannelseslægers trivsel.

Vi har udarbejdet et informationsark (se Bilag 2) med ideer til, hvordan trivslen blandt hoveduddannelseslægerne kan øges. Et informationsark, der kan uddeles til alle uddannelseslæger og endvidere tutorlæger – f.eks. i forbindelse med tutorlægekurser.

Med håbet om at medvirke til at trivslen kan øges, forventer vi desuden at skrive en artikel til Practicus, således at vores viden kan udbredes til relevante personer – herunder både tutorlæger og uddannelseslæger.

Det er forfatterens klare overbevisning, at den uddannelsessøgende læges trivsel er helt grundlæggende for, hvor stort et udbytte vedkommende får af sin uddannelse. Vi anser det derfor af største vigtighed, at der i fremtiden kommer et øget fokus på, hvordan trivslen kan øges yderligere for uddannelseslægerne; dette både af hensyn til den enkelte, men også med det formål at der bliver uddannet de bedst mulige praktiserende læger.

Litteraturliste

1. PLO Faktaark 2021:
https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf
2. Nørøxe KB., et al., *Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark*. BMC Fam Pract., 2018 Jul 28. 19(1):130.
3. Karstoft et al., *Hvordan oplever praktiserende læger deres work-life-balance?* Practicus, 2020, vol. 253, s. 39-41
4. Ricker M., et al., *A longitudinal Study of Burnout and Well-being in Family Medicine Resident Physicians*. Fam Med., 2020 Nov. 52(10):716-723
5. Bugaj TJ., et al., *Mental health of postgraduate trainees in primary care: a cross-sectional study*. BMC Fam Pract., 2020 Jun 27. (1):123.
6. Bugaj TJ., et al., *Work strain and burnout risk in postgraduate trainees in general practice: an overview*. Postgrad Med., 2020 Jan. 132(1):7-16.
7. DSAMs hjemmeside: Krav om supervision af uddannelseslæge:
https://www.dsam.dk/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/tutor/krav_til_tutorpraksis/3_krav_om_supervision_af_uddannelseslaege/
8. Sundhed.dk: Tutorlægekurser i Region Midtjylland:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/uddannelse/laegelig-videreuddannelse/generelt-for-tutorlaeger/generelt-for-tutorlaeger/tutorlaegekurser/>
9. DSAMs hjemmeside: Sådan bliver du tutorlæge:
https://www.dsam.dk/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/tutor/saadan_bliver_du_tutorlaege/

Bilag

Bilag 1

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Kære hovedudannelseslæge i almen medicin!

I forbindelse med vores forskningstræningskursus har vi valgt at undersøge det vigtige emne:

Trivsel blandt HU-læger i almen medicin i praksisdelen - hvilke faktorer fremmer og hæmmer HU-lægenes trivsel?

Til at belyse emnet har vi udformet dette spørgeskema, og vi vil sætte stor pris på, hvis du vil bruge ca. 10 minutter på at gøre os klogere!

På forhånd tusind tak for hjælpen!

Venlig hilsen Anna Odgaard, Lise Torp & Stina Borg

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Baggrundsoplysninger

Sæt kryds ud for det, der passer bedst.

1. Køn

- ☐ Kvinde
- ☐ Mand
- ☐ Andet (angiv venligst)

2. Alder

- ☐ 25-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46+

3. Civilstatus

- ☐ Enlig
- ☐ I forhold, men ikke samboende
- ☐ Samboende/gift

4. Har din partner vagtarbejde?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ikke relevant

5. Hvor mange børn har du?

0	1	2	3	4+
☐	☐	☐	☐	☐

6. Hvor gamle er dine børn?

Eksempelvis "2, 6, 9". Efterlad blank hvis du ikke har nogen.

7. Hvilken fase af din hoveduddannelse er du i gang med?

- ☐ Fase 1
- ☐ Fase 2
- ☐ Fase 3

8. Hvor mange timer arbejder du i gennemsnit pr. uge?

9. I hvor høj grad holder du dig inden for din angivne arbejdstid?

Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
☐	☐	☐	☐	☐

10. Hvilken type praksis arbejder du i?

- ☐ Solopraksis
- ☐ Kompagnipraksis
- ☐ Samarbejdspraksis

11. Hvor mange speciallæger er der i din praksis?

- ☐ 1-3
- ☐ 4+

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Det sociale

12. Hvor god stemning vurderer du, at der er i din praksis (på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

* 13. Hvor ofte ...

	Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
... siger man godmorgen/farvel til sine kollegaer?	☐	☐	☐	☐	☐
... prioriteres fælles pauser?	☐	☐	☐	☐	☐
... markeres fødselsdage/mærkedage/højtidere?	☐	☐	☐	☐	☐

14. Afholdes der personalearrangementer?

- ☐ Nej
- ☐ Ja (angiv hvilke)

* 15. Fællesskab på arbejdspladsen

	Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
Føler du dig som en del af fællesskabet?	☐	☐	☐	☐	☐
Oplever du konflikter på arbejdspladsen?	☐	☐	☐	☐	☐
Føler du dig ensom på arbejdspladsen?	☐	☐	☐	☐	☐

16. Hvor vigtigt er det sociale for din trivsel (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest vigtigt)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

17. Har du uddybende kommentarer til emnet "det sociale"?

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Dagsprogrammet

18. Hvor meget tid har du i gennemsnit pr. patient?

- ☐ 10 minutter
- ☐ 15 minutter
- ☐ 20 minutter
- ☐ 20+ minutter

19. I hvor høj grad oplever du den afsatte tid som værende passende (på en skala fra 1-5, hvor 1 er utilstrækkelig og 5 er tilstrækkelig)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

20. Har dine ønsker til dagsprogrammets struktur været drøftet (eksempelvis tidsfordeling, mødetider, "buffertid", administrativ tid)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

21. Har der været lydhørhed i forhold til dine ønsker til ovenstående?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Uddybende kommentarer

22. Har du tid til at holde dine pauser?

Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
☐	☐	☐	☐	☐

23. I hvor høj grad trives du med dit aktuelle dagsprogram (på en skala fra 1-5, hvor 5 er størst mulig trivsel)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Supervision

24. Har du fast supervision?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Fast supervision

25. Hvor mange dage ugentligt har du fast supervision?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

26. Er den faste supervision skemalagt?

- ☐ Ja
☐ Nej

27. Hvor meget tid er der sat af til fast supervision pr. gang?

- ☐ 10 min eller derunder
☐ 11 - 20 min
☐ 21 - 30 min
☐ 31 min eller derover

* 28. Bliver den afsatte tid brugt til supervision/faglige emner?

Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
☐	☐	☐	☐	☐

Uddybende kommentarer

* 29. Har du udbytte af supervisionen?

Aldrig	Sjældent	Af og til	For det meste	Altid
☐	☐	☐	☐	☐

Uddybende kommentarer

30. Er der noget, du ikke får spurgt om, fordi du oplever, at tutorlæge har for travlt?

- ☐ Ja
☐ Nej

Uddybende kommentarer

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Supervision

31. Er der mulighed for at afbryde med henblik på ad hoc supervision?

- ☐ Ja
☐ Nej

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Ad hoc supervision

32. I hvor høj grad bliver du positivt mødt i forbindelse med ad hoc supervision (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest positivt)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

33. Er der dagligt udpeget en specifik supervisor til ad hoc supervision?

- ☐ Ja
☐ Nej

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Supervision

34. Hvor vigtigt er supervision for din trivsel (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest vigtigt)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Work-life Balance

35. Føler du dig tilstrækkelig i forhold til partner/børn/hjemlige gøremål?

- ☐ Ja
☐ Nej

Uddybende kommentarer

36. I hvor høj grad ville muligheden for flekstid/nedsat tid betyde, at du ville føle dig mere tilstrækkelig i forhold til partner/børn/hjemlige gøremål (på en skala fra 1-5, hvor 5 er i meget høj grad og 1 er ingen betydning)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Uddybende kommentarer

37. Føler du dig tilstrækkelig på dit arbejde?

- ☐ Ja
☐ Nej

Uddybende kommentarer

38. Hvor tilfreds er du overordnet set med din work-life balance (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest tilfreds)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Uddybende kommentarer

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Rollen som alment praktiserende læge

* 39. Gatekeeper-funktion

	1	2	3	4	5
I hvor høj grad er du bange for at overse noget (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest bange)?	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad kan du føle dig presset af patienten til at henvise (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest presset)?	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad finder du dig tilpas i at arbejde med uvisiterede patienter ("detektiv-rollen"/ foretage den initiale udredning) (på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest tilpas)?	☐	☐	☐	☐	☐
Uddybende kommentarer (positive og negative overvejelser)					

* 40. Den nære læge-patient relation

	1	2	3	4	5
I hvor høj grad oplever du, at den nære læge-patient relation har <i>positiv</i> betydning for din trivsel som alment praktiserende læge (på en skala fra 1-5, hvor 5 er i høj grad)?	☐	☐	☐	☐	☐
I hvor høj grad oplever du, at den nære læge-patient relation har <i>negativ</i> betydning for din trivsel som alment praktiserende læge (på en skala fra 1-5, hvor 5 er i høj grad)?	☐	☐	☐	☐	☐
Uddybende kommentarer (gerne til både den positive og negative betydning af relationen)					

* 41. I hvor høj grad trives du i, som generalist, at skulle tage hurtige beslutninger uden ekspertviden inden for det pågældende speciale (på en skala fra 1-5, hvor 5 er i høj grad)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Uddybende kommentarer

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Overordnet trivsel

* 42. I hvor høj grad trives du overordnet set som hoveduddannelseslæge i almen praksis (på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

43. Hvilke faktorer oplever du kan *fremme* din trivsel i almen praksis?

44. Hvilke faktorer oplever du kan *forringe* din trivsel i almen praksis?

45. Uddybende kommentarer til emnet overordnet trivsel?

Trivsel blandt HU-læger i almen praksis

Tak for din deltagelse!

46. Har du afslutningsvis yderligere kommentarer?

Bilag 2

Trivsel blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen

Formål:

At øge trivslen blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin i praksisdelen.

Baggrund:

Forskningstræningsopgave, der belyser faktorer, der henholdsvis fremmer og forringer hoveduddannelseslægenes trivsel.

Råd til uddannelseslæge og tutorlæge:

1. Invester i det sociale fællesskab

- a. Sig godmorgen og farvel til alle dine kollegaer – hver dag.
- b. Prioritéer at deltage i fælles pauser.
- c. Inkluder uddannelseslægen i sociale arrangementer – også under hospitalsdelen.

2. Uddannelseslægens dagsprogram

- a. Indgå i dialog omkring dagsprogrammets udformning.
- b. Husk at *uddannelseslægen* er under uddannelse og kan have brug for ekstra tid.

3. Supervision

- a. DSAM anbefaler 30 min. skemalagt daglig supervision pr. uddannelseslæge.
- b. Prioritéer supervisionen! Kom til tiden. Brug al tiden. Når dagens patienter er diskuteret, bruges tiden på det, uddannelseslægen har brug for.
- c. Giv mulighed for let tilgængelig ad hoc supervision. Udpeg eventuelt dagligt en specifik speciallæge til dette.

4. Work-life balance

- a. Skab rammer, så det er muligt at komme og gå til tiden.
- b. Overvej om nedsat tid ville bedre uddannelseslægens work-life balance.

HUSK:

Anerkend hinanden både fagligt og personligt – det går begge veje!

Et godt fællesskab medfører tryk og sikrer et bedre samarbejde og læringsmiljø.