

NASJONAL EVALUERING AV SPESIALISTUTDANNINGEN FOR LEGER 2016



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1. Innledning	7
2. Utvalget og bakgrunnsdata	7
3. Ansettelsesform og utdanningsplan.....	9
4. Veiledning og supervisjon	11
4.1. Veiledning.....	11
4.1.1. Organisering av veiledning: Raskt i gang, avsatt tid og hyppighet på veiledningssamtaler	12
4.1.2. Organisering av veiledning fordelt på fagområder og helseforetak	13
4.1.3. Kvalitet på veiledningen	15
4.2. Supervisjon	17
4.2.1. Kvalitet på supervisjon fordelt på fagområder og helseforetak	18
4.2.2. Utvikling av kompetanse	19
4.3. Oppsummering av resultater veiledning og supervisjon	20
5. Internundervisning, fordypning og forskning.....	23
5.1. Internundervisning	23
5.2. Fordypning og forskning.....	25
5.3. Oppsummering resultater internundervisning, fordypning og forskning	26

Sammendrag

Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger ble gjennomført i tidsrommet juni – september i 2016. 4783 antatte LIS (leger i spesialisering) mottok et elektronisk spørreskjema, og 2079 svarte. Av disse var 1813 LIS, 64% kvinner og 36% menn. 74% av de som svarte hadde vært ansatt på sitt nåværende arbeidssted i 12 måneder eller mer. Samtlige helseforetak og sykehusspesialiteter var representert i undersøkelsen. 42,5% av alle respondentene, mot 24,5% av dem som var kommet inntil 1 ½ år ut i utdanningsløpet, var fast ansatte.

Sammenlignet med en tilsvarende datainnsamling i 2012 hadde en større andel i 2016 fått satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen sin. Det var færre som fikk ukentlige veiledningsmøter, mens flere hadde veiledningsmøter omtrent hver måned. 73% av respondentene opplever veiledningen som nyttig for utdanningen. I opplevelsen av kvaliteten på veiledningen og supervisjonen var det en tilbakegang fra 2012.

Leger i spesialisering var også i 2016 svært fornøyde med internundervisningen, de opplever at den er relevant og nært lagt opp til behov som oppstår i arbeidet. Det er ingen forskjeller fra 2012. Tid avsatt til undervisning, fordypning og forskning oppleves ofte som salderingspost for andre nødvendige oppgaver. 41,2% opplever ikke at det er tilrettelagt for at leger i spesialisering skal kunne drive med forskning, og 47,3% opplever at det ikke er lett å komme i gang med forskningsprosjekter på sin arbeidsplass.

En viktig forskjell er at 2016-svarene var anonyme, i motsetning til i 2012. Det kan derfor tenkes at respondentene har tillatt seg å være mer kritiske i 2016.

Oslo, 26.05.2017

Cecilie Normann Birkeli

LEFO – Legeforskningsinstituttet

1. Innledning

I tidsrommet juni – september i 2016 ble Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger gjennomført.

Formålet med evalueringen var å kartlegge hvordan leger i spesialisering (LIS) opplevde noen sentrale sider ved utdanningen. I denne rapporten presenteres resultater på fem utdanningsområder: (I) ansettelsesform og utdanningsplan, (II) veiledning, (III) supervisjon, (IV) internundervisning og kurs og (V) fordypning og forskning.

Oppdraget er utført av LEFO – Legeforskningsinstituttet i samarbeid med Medisinsk fagavdeling i Den norske legeforening. En lignende evaluering ble gjennomført i 2012. Den gangen var det 2120 LIS som responderte. Det var altså færre som besvarte spørreskjemaet i 2016, til tross for at det var anonymisert denne gangen. Anonymiseringen ble gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger i 2012 om bekymring for å bli identifisert, frykt for ikke å få fornyet vikariatene sine, samt at vi i 2016 testet ut et nytt spørreverktøy.

2. Utvalget og bakgrunnsdata

Et anonymt elektronisk spørreskjema ble sendt med e-post til dem som per 7. juni 2016 var oppført som LIS i Legeforeningens medlemsregister (N= 4804). Av disse ble 4783 (99,6%) levert per e-post til mottakerne, mens 20 ikke ble levert pga. mangelfull adresse. Av de 2079 som svarte var 1813 LIS, disse gir datagrunnlaget for denne undersøkelsen. I tillegg åpnet 244 personer spørreskjemaet uten å fullføre. På grunnlag av tilbakemeldinger antar vi at de fleste av disse ikke var aktuelle respondenter, fordi de likevel var ferdige spesialister eller var i permisjon.

Av 1813 LIS var 64% kvinner. De fleste var i aldersgruppen fra 25 – 34 år (figur 1) og hadde jobbet 12 måneder eller mer som LIS. Nesten 74% hadde vært ansatt på sitt nåværende arbeidssted i over 12. måneder. Alle sykehusspesialiteter og helseforetak er representert. Tabell 1 viser antall LIS i hvert helseforetak og antall svar¹.

¹ Legeregisterdata er fra 2. mai 2016 mens vårt uttrekk ble gjort 7. juni 2016. Det kan derfor være små avvik her.

Tabell 1: Fordeling av leger i spesialisering i de enkelte helseforetakene og antall respondenter

	Leger i spesialisering registrert i medlemsregistrert per 2. mai 2016	Antall respondenter i undersøkelsen	Svarprosent
Oslo universitetssykehus HF	1000	241	24.1
Helse Bergen HF	580	184	31.7
St. Olavs Hospital HF	452	161	35.6
Akershus universitetssykehus HF	427	109	25.5
Vestre Viken HF	369	136	36.9
Universitetssykehuset i Nord- Norge HF (inkl Harstad og Narvik)	332	111	33.4
Sykehuset Innlandet HF	328	102	31.1
Helse Stavanger HF	346	98	28.3
Sørlandet sykehus HF	261	76	29.1
Helse Møre og Romsdal HF	254	82	32.3
Sykehuset Østfold HF	240	75	31.3
Sykehuset Vestfold HF	201	60	29.9
Nordlandssykehuset HF	162	53	32.7
Sykehuset Telemark HF	136	38	27.9
Helse Fonna HF	125	51	40.8
Helse Nord- Trøndelag HF	105	43	41.0
Helse Førde HF	80	31	38.8
Helgelandssykehuset HF	49	9	18.4
Helse Finnmark HF	45	18	40.0
Diakonale stiftelser		55	
Annet		53	

1786 leger oppga helseforetaket de var ansatt i, 27 respondenter oppga ikke dette.

3. Ansettelsesform og utdanningsplan

I lønnsoppgjøret i 2014 ble det inngått en forpliktende avtalefestet løsning mellom Spekter og Legeforeningen om innføring av faste stillinger for LIS. Fra 1. juli 2015 skulle LIS være fast ansatte. Før dette har det vært vanlig å bli ansatt i 4-, 5- eller 6-årig stilling, alt etter normert tid for utdanningsløpet i de respektive spesialiteter. Meningen har vært at disse stillingene blir omgjort til faste stillinger etterhvert som LIS legene fullfører utdanningsløpet sitt, og dermed frigjør disse stillingene. På svartidspunktet i denne undersøkelsen var det ca. 1 – 1 ½ år siden faste stillinger ble innført. På spørsmålet om respondentene var ansatt i fast stilling ble derfor de ulike svaralternativene (som opprinnelig var halvårsintervaller fra 0 – 6,5 år) delt i to grupper; *inntil 1 ½ år* og *fra 2 år og oppover*. 42,5% svarte at de var ansatt i fast stilling, 24,5% av de som var kommet inntil 1 ½ år i utdanningsløpet og 47,4% av de som var kommet 2 år eller lengre var i fast stilling. Det var ingen kjønnsforskjell her.

Tabell 2. Er du ansatt i fast stilling? Hvor langt er du kommet i utdanningsløpet?

			Hvor langt er du kommet i utdanningsløpet?		Total alle svar
			Inntil 1 1/2 år	Fra 2 år og opp	
Er du ansatt i fast stilling?	Ja	Antall %	94 24,5%	649 47,4%	743 42,4%
					100,0%
	Nei	Antall	290 75,5%	720 52,6%	1010 57,6%
					100,0%
Total		Antall	384 100%	1369 100%	1753 100%

Utdanningsplan

Vi spurte: *Har du på din nåværende arbeidsplass fått utarbeidet en skriftlig individuell utdanningsplan?* 68,4% svarte ja. Til dette spørsmålet benyttet 147 av respondentene anledningen til å gi kommentarer. De fleste opplyste at de hadde laget planen selv, enten sammen med veileder, eller på egenhånd bare med signering fra veileder. Det ble ikke spurt om hvor mange som har fått tilbud om utdanningsplan fra arbeidsgiver.

Flere kommenterte at det var uklart hvem som hadde ansvar for at planen ble fulgt, og at det heller ikke var noen systematisk gjennomgang av denne på arbeidstedet. Dette tyder på at hensiktsmessigheten med disse planene bør diskuteres.

4. Veiledning og supervisjon

Før spørsmålene i denne bolken ble Legeforeningens definisjoner av veiledning og supervisjon presentert. Det var viktig at respondentene forsto disse begrepene, for å kunne skille mellom de to læremetodene.

- "Veiledning er planlagte samtaler der det settes av tid til legen i spesialisering og spesialisten som veileder, for å kunne drøfte ulike problemstillinger knyttet til utdanningen og arbeidsplassen der læringen foregår."
- "Supervisjon er den daglige en-til-en-kontakten mellom LIS og spesialist. Denne kan foregå på flere måter, men det vanligste er instruksjoner i forbindelse med gjennomgang av praktiske prosedyrer eller ad-hoc veiledning som vil si råd og instruksjoner ved behov i arbeidet."

89% svarte ja på spørsmålet: *Er disse definisjonene i samsvar med din oppfatning av hva veiledning og supervisjon er?*

4.1. Veiledning

Vi stilte syv spørsmål om veiledning:

- 1. Hvor raskt etter nåværende tilsetting kom du i gang med veiledning?**
(Svaralternativer: *I løpet av en måned, Senere enn en måned, Senere enn 4 måneder, Har ikke kommet i gang ennå*)
- 2. Er det satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen din?**
(Svaralternativer: *Ja, Nei*)
- 3. Hvor ofte har du vanligvis veiledningsmøter med din veileder?**
(svaralternativer: *Ukentlig, Omtrent hver måned, Omtrent hver annen måned, Sjeldnere, Aldri*)
- 4. Opplever du å få relevant tilbakemelding fra din veileder?**
(svaralternativer: *Aldri, Noen ganger, Ofte, Svært ofte*)
- 5. Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til å drøfte problemstillinger du mener er relevante i din arbeidssituasjon?**
(svaralternativer: *Aldri, Noen ganger, Ofte, Svært ofte*)
- 6. Opplever du at det i veiledningen gis mulighet for refleksjon og læringsutbytte i faget?**
(svaralternativer: *Aldri, Noen ganger, Ofte, Svært ofte*)
- 7. Opplever du at veiledning er nyttig for din utdanning?**
(svaralternativer: *Ja, Nei, Vet ikke*)

De tre første spørsmålene måler hvordan leger i spesialisering opplever organiseringen av veiledningen i utdanningen. Spørsmål 4 – 7 måler innhold og nytte, altså hvordan de opplever kvaliteten på veiledningen de får. I presentasjonen av disse resultatene i de neste avsnittene, vil spørsmålene om *organisering* av veiledning og spørsmål om *kvalitet* på veiledningen bli presentert hver for seg.

4.1.1. Organisering av veiledning: Raskt i gang, avsatt tid og hyppighet på veiledningssamtaler

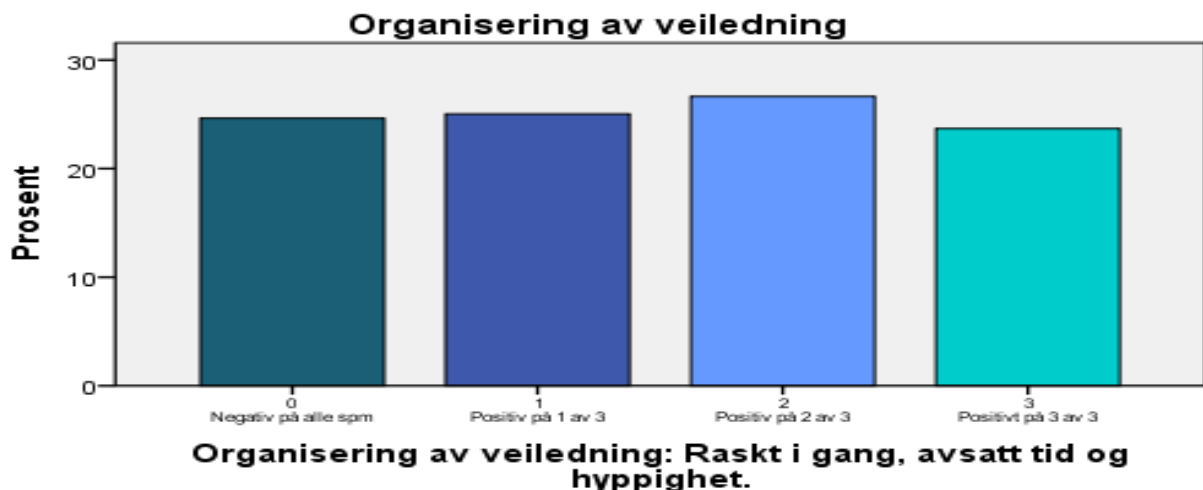
Spørsmål om organisering av veiledningen med svaralternativer og dikotomisering (todeling) av svarene:

- 1. Hvor raskt etter nåværende tilsetting kom du i gang med veiledning?**
Svaralternativer (dikotomisert): *I løpet av en måned (1), Senere enn en måned (0), Senere enn 4 måneder (0), Har ikke kommet i gang ennå (0)*
- 2. Er det satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen din?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Ja (1), Nei (0)*
- 3. Hvor ofte har du vanligvis veiledningsmøter med din veileder?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Ukentlig (1), omtrent hver måned (1), Omtrent hver annen måned (1), sjeldnere (0), aldri (0)*

På spørsmålet om hvor raskt etter nåværende tilsetting respondentene kom i gang med veiledning svarte 47,2% *i løpet av en måned*, mens 7,1% svarte at de ikke var kommet i gang ennå. Blant de som svarte at de ikke var kommet i gang med veiledning ennå var 10,9% kommet inntil 1 ½ år ut i utdanningsløpet. På spørsmålet om det var satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen, svarte 40,8% *ja*. Når det gjaldt hyppighet svarte 13,9% at de hadde veiledning ukentlig, og 21,1% omtrent hver måned. I kommentarene til disse spørsmålene var det flere som skrev at ukentlig veiledning ikke var nødvendig og at det blir mindre nødvendig dess lenger ut i spesialistløpet en kommer.

Svarene på de tre spørsmålene om hvor raskt de kom i gang med veiledning etter tilsetting, avsatt tid og hyppighet på veiledningen (spørsmål 1 – 3 s. 9) ble dikotomisert til 0 (lav grad av organisering) og 1 (høy grad av organisering) og summert til en ny variabel: "Organisering av veiledning" med mulige verdier fra 0 – 3, der 0 indikerer dårlig organisering, og 1 til 3 økende grad av organisering. Figur 1 viser at de fire mulige verdiene er jevnt fordelt i hele utvalget, med ca. 25% på hver.

Figur 1 . Samlemål for organisering av veiledning.

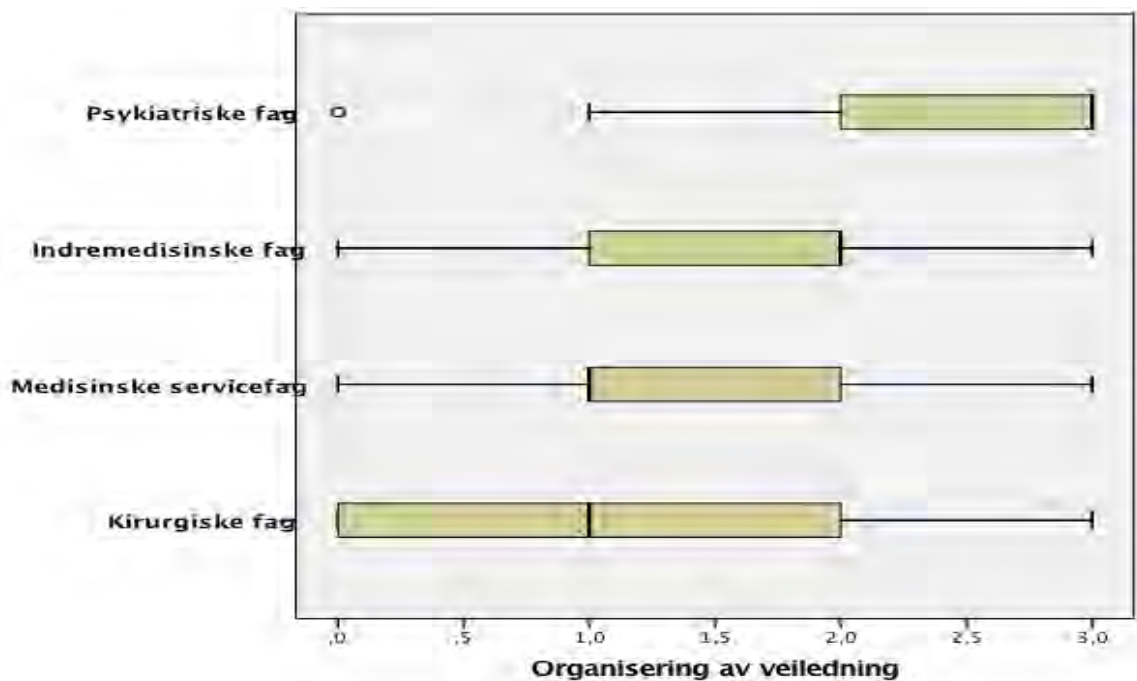


4.1.2. Organisering av veiledning fordelt på fagområder og helseforetak

Fagområder

Selv om de fire mulige verdiene på organiseringsvariabelen er jevnt fordelt i hele utvalget er det relativt stor variasjon mellom fagområdene. Dette er illustrert i Figur 2. Fordi dataene er skjevdelt presenteres resultatene på fagområder og helseforetak i Boxplot med sortering basert både på median og spredning.

Figur 2. Organisering av veiledning i de fire faggruppene. Boxplot som viser median (tykk vertikal strek), 25 til 75 persentil (skravert rektangel), og spenn (horisontale linjer med haker).

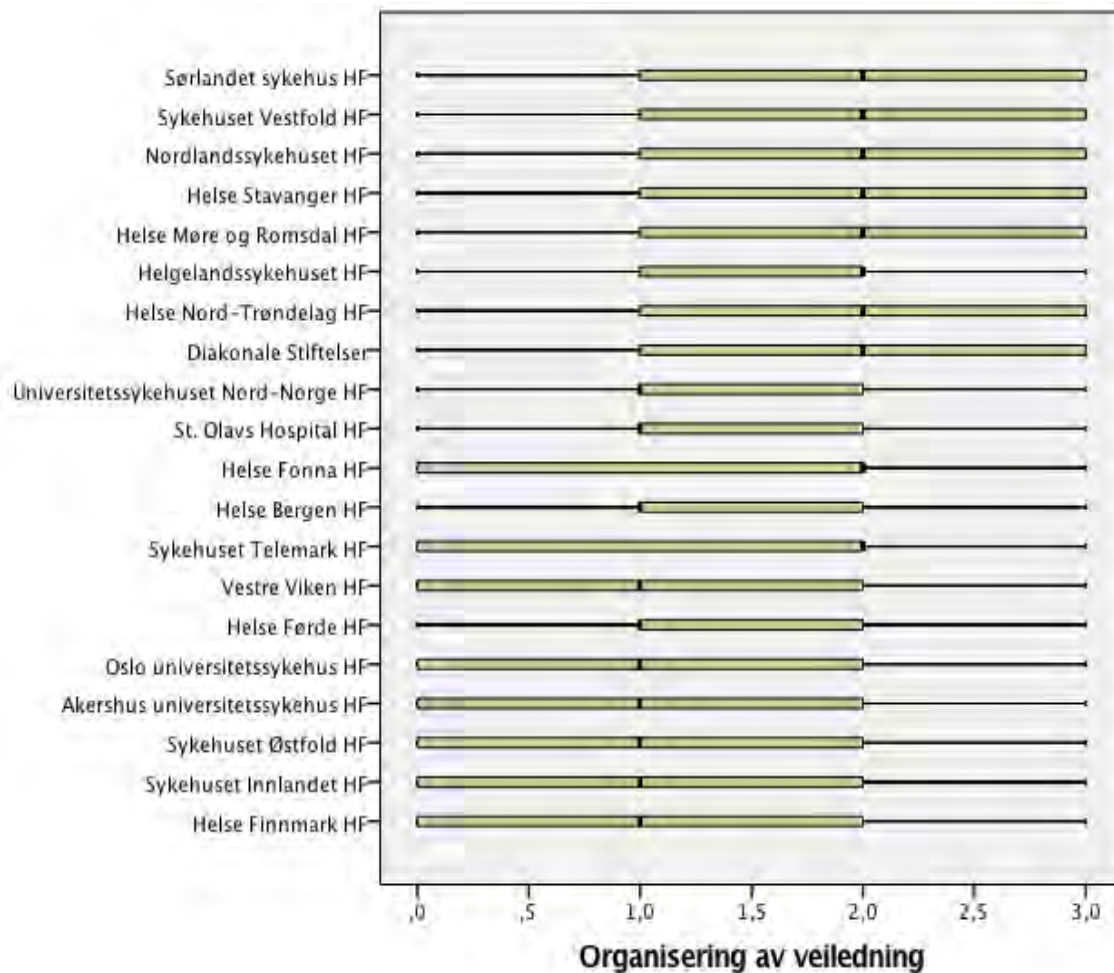


Innen psykiatriske fag er det altså få som har verdier lavere enn 2, mens det blant kirurgene er få med verdier over 2.

Det at psykiatriske fag ligger høyest er ikke uventet. Veiledning er en av de viktigste læremetodene og et verktøy som både brukes i utdanningen og som en sentral del av læremetodene i de ulike behandlingsformene som benyttes overfor pasienter. Psykiatriske fag har også et eget opplegg for veiledning som er mer omfattende enn i de andre fagområdene.

Helseforetak

Figur 3. Organisering av veiledning fordelt på helseforetak. Boxplot, sortering basert både på median og spredning.



4.1.3. Kvalitet på veiledningen

For å måle kvaliteten på veiledningen stilte vi fire spørsmål om innhold og nytte:

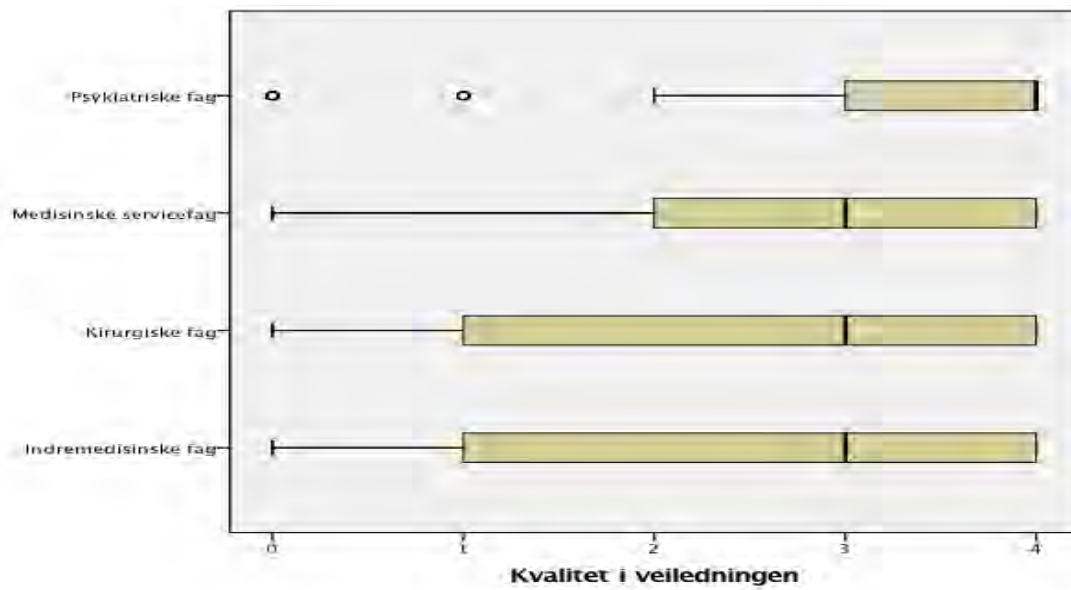
- 1. Opplever du å få relevant tilbakemelding fra din veileder?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Aldri (0), Noen ganger (0), Ofte (1), Svært ofte (1)*
- 2. Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til å drøfte problemstillinger du mener er relevante i din arbeidssituasjon?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Aldri (0), Noen ganger (0), Ofte (1), Svært ofte (1)*
- 3. Opplever du at det i veiledningen gis mulighet for refleksjon og læringsutbytte i faget?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Aldri (0), Noen ganger (0), Ofte (1), Svært ofte (1)*
- 4. Opplever du at veiledning er nyttig for din utdanning?**
Svaralternativer (dikotomisert): *Ja (1), Nei (0), Vet ikke (0)*

På spørsmålet om relevant tilbakemelding fra veileder svarte 55,9% *ofte* eller *svært ofte*. 36,6% svarte *noen ganger* og 4,5% svarte *aldri*. 76,6% prosent svarte *ofte* eller *svært ofte* på spørsmålet om de "opplevde at det i veiledningen ble gitt mulighet til å drøfte relevante problemstillinger", og som har betydning for arbeidssituasjonen deres. 21% svarte *noen ganger* og 2,5% svarte *aldri*. Til sammen 57,5% svarte *svært ofte* eller *ofte* på spørsmålet om de opplevde at det ble gitt mulighet til refleksjon over eget læringsutbytte i faget. I 2012 var det til sammen 64% som svarte *svært ofte* eller *ofte*. Ca. 73% opplevde at veiledningen var relevant for utdanningen.

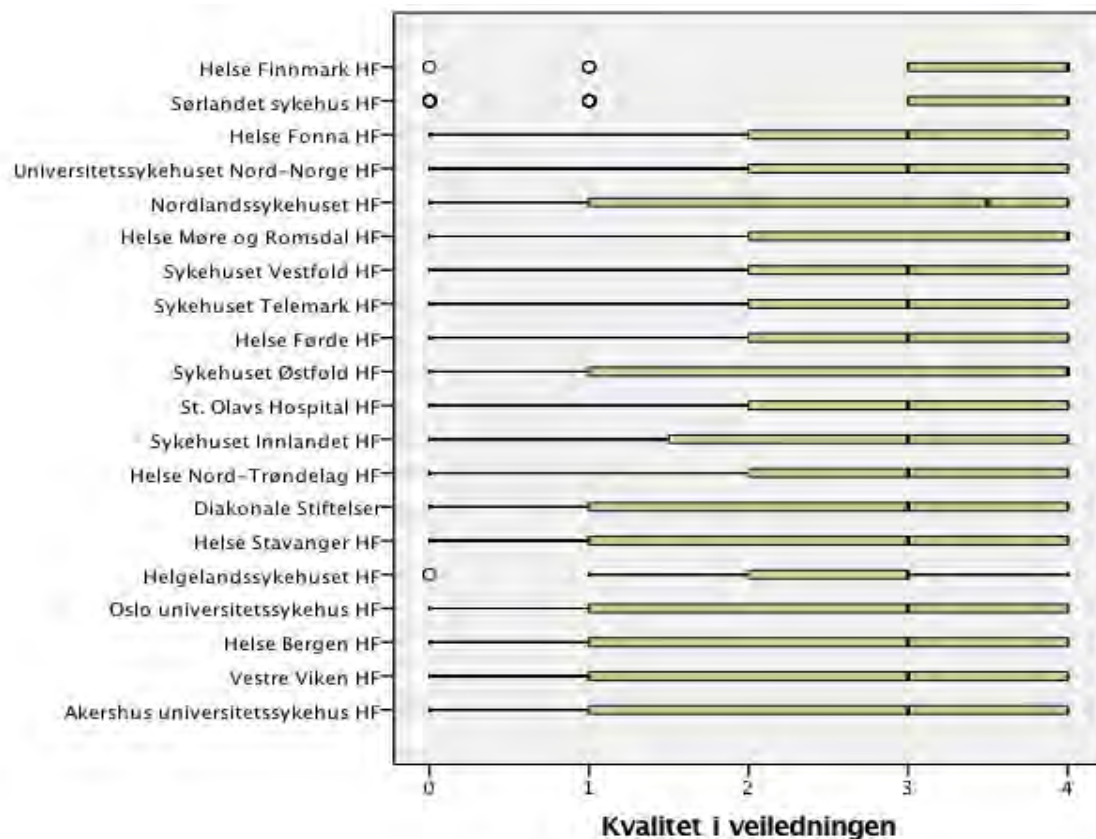
For å se på fordelingen på fagområder og helseforetaksnivå, ble de fire spørsmålene som omhandlet kvalitet i veiledningen dikotomisert som angitt ovenfor, og summert til en ny variabel: Kvalitet i veiledningen, med mulige verdier fra 0 (dårlig kvalitet) og 1 til 4 (økende grad av kvalitet).

Denne viste at respondentene innen psykiatrifagene var mest positive, der 61% svarte positivt på alle spørsmål om kvalitet i veiledningen, etterfulgt av medisinske servicefag der 46,6% svarte positivt på alle spørsmålene. Respondentene innen kirurgiske og indremedisinske fag var minst positive. Innen begge disse fagområdene svarte 17% av LIS-legene i kirurgifagene negativt på alle spørsmål om kvalitet i veiledningen. Figur 4 viser fordelingen på fagområdene og figur 5 viser fordelingen på helseforetakene. Disse resultatene presenteres i boxplot der sorteringen er basert på median og spredning.

Figur 4. Kvalitet i veiledningen. Forskjeller mellom fagområder. Box-plot.



Figur 5. Kvalitet i veiledningen. Forskjeller mellom helseforetak. Box-plot



Helse Finnmark HF og Sørlandet Sykehus HF utmerker seg her med en medianverdi på 4, mens alle de andre helseforetakene har medianverdier på 3. Det betyr at minst halvparten av respondentene har positive svar på alle de fire spørsmålene.

4.2. Supervisjon

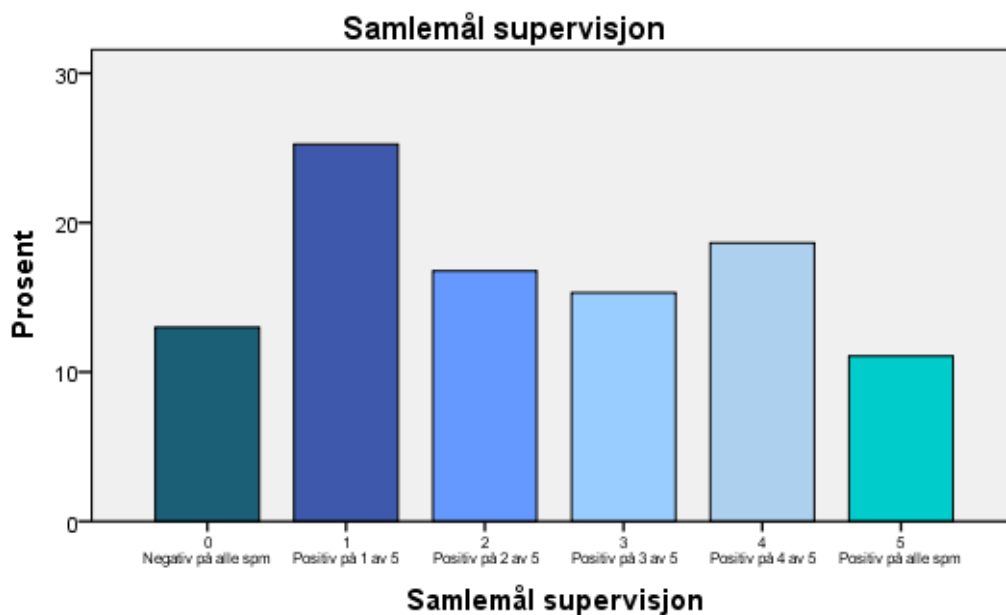
Vi stilte 5 spørsmål om supervisjon:

1. **Opplever du at får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?**
2. **Opplever du at det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?**
3. **Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?**
4. **Opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?**
5. **Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk?**

Alle spørsmålene hadde disse svaralternativene: *I svært liten grad* (rekodet til 0), *I liten grad* (rekodet til 0), *I noen grad* (rekodet til 0), *I stor grad* (rekodet til 1), *I svært stor grad* (rekodet til 1), *Ikke aktuelt for meg*.

Også her konstruerte vi et samlemål med mulige verdier fra 0 (dårlig supervisjon) til 1 til 5 (økende grad av god supervisjon). Figur 6 viser fordelingen av de seks svarkombinasjonene i hele utvalget.

Figur 6. Samlemål for supervisjon fordelt på alle.

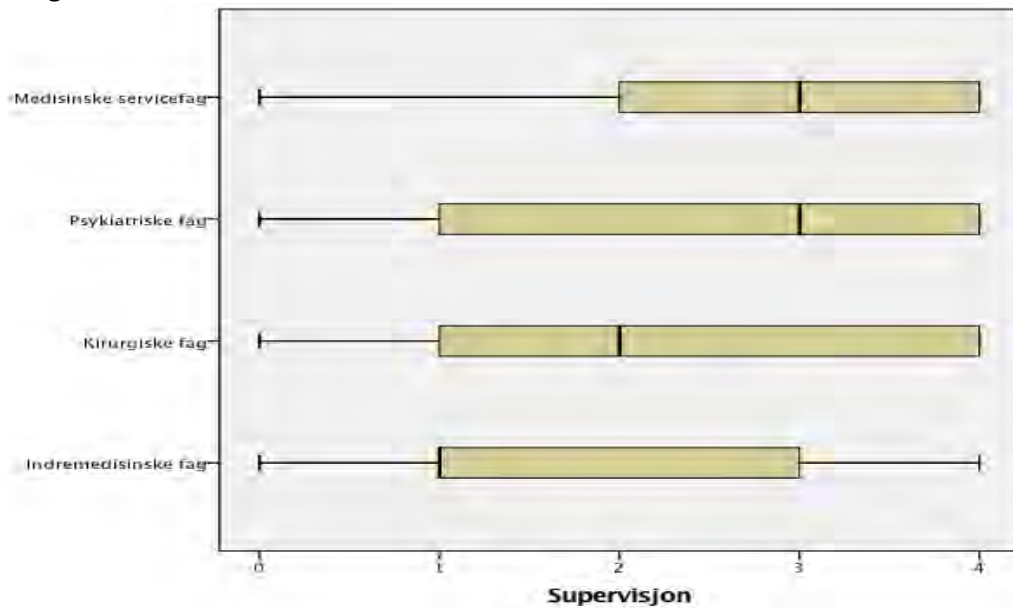


Ca. 13% svarte negativt på alle spørsmål om supervisjon og ca. 11% svarte positiv på alle spørsmål.

Både pre visitt/pasientgjennomgang og visitt/pasientsamtaler opplevdes som nyttige i en utdanningsammenheng. Hyppigheten på disse varierte imidlertid. På spørsmålet om hvor ofte de gjennomførte pre visitt/pasientsamtaler sammen med en spesialist svarte 53% fra *2 – 4 dager i uka* eller *Daglig eller oftere*. 19% svarte *1 dag i uka* og 27,5% svarte *ikke aktuelt*. På spørsmålet om hvor ofte de gjennomførte visitt/pasientsamtaler sammen med en spesialist svarte 22% *2 – 4 dager i uka* eller *Daglig eller oftere*, 37,5% svarte *1 dag i uka* og 40% svarte *ikke aktuelt*.

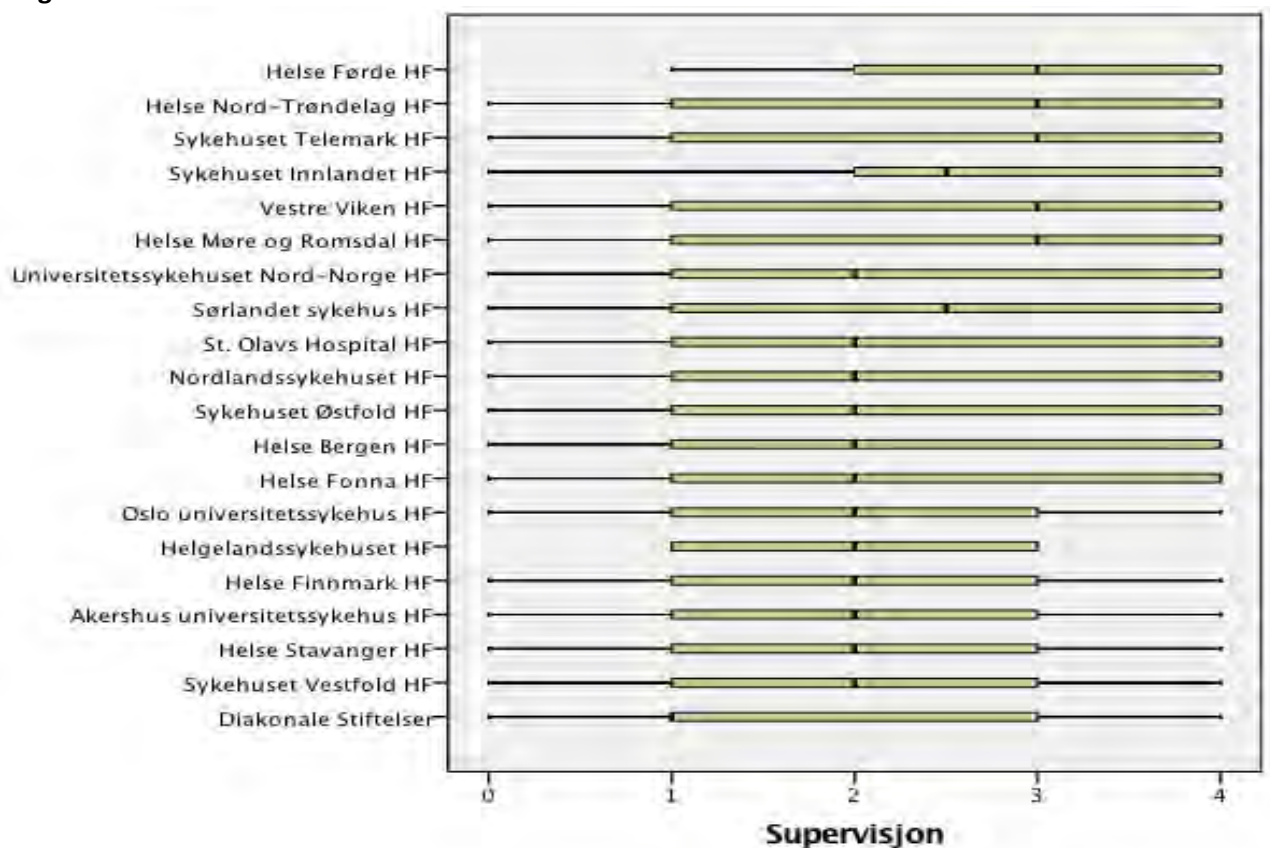
4.2.1. Kvalitet på supervisjon fordelt på fagområder og helseforetak

Figur 7. Kvalitet på supervisjon fordelt på fagområder. Boxplot, sortering basert på median og spredning.



Her er det medisinske servicefag som kommer best ut med medianverdi på 3, etterfulgt av psykiatriske fag, også med medianverdi 3, men med større spredning. Indremedisinske fag kommer dårligst ut, med medianverdi 1.

Figur 8. Kvalitet på supervisjon fordelt på helseforetak. Box-plot, sortering basert på median og spredning.

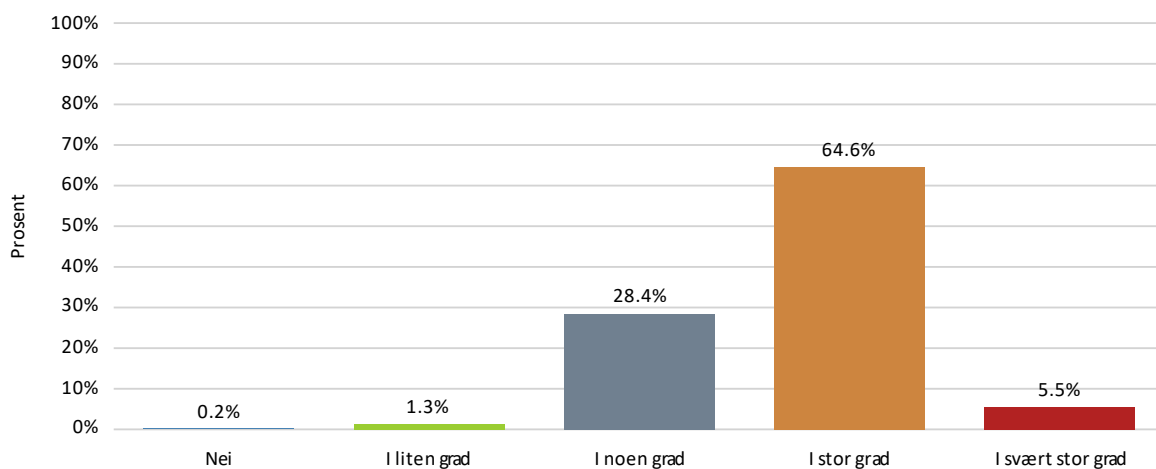


4.2.2. Utvikling av kompetanse

87,2% oppga at de hadde nødvendig tilgang til relevant beslutningsstøtte (prosedyrehåndbøker, retningslinjer, tidsskrifter, fagbøker og faglige databaser), 12,7% svarte *Nei, dette måtte de ordne selv* og 0,2% svarte *Nei, aldri* på dette spørsmålet.

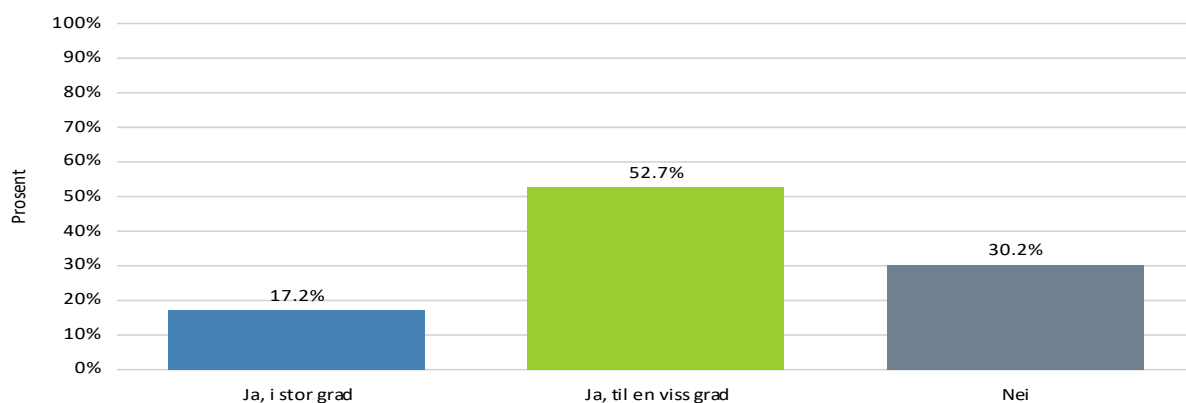
På spørsmålet om leger i spesialisering opplevde at de var kompetente til å utføre arbeidet, svarte 70% *I stor grad* eller *I svært stor grad* (se Figur 9). Hvorvidt de syntes de fikk nok tilbakemelding fra kolleger på jobben de gjør svarte rundt 70% *Ja, i stor grad* eller *Ja, til en viss grad*, rundt 30% svarte *Nei* (se figur 10).

Figur 9. Opplever du at du er kompetent til å utføre det du er satt til å gjøre?



N = 1789

Figur 10. Synes du at du får nok tilbakemelding fra dine kolleger på jobben du gjør?



N = 1789

4.3. Oppsummering av resultater veiledning og supervisjon

Resultatene fra 2016 viser at veiledning og supervisjon har et forbedringspotensial. Formelle krav til organisering av veiledning er anbefalt både fra myndighetene og fra Legeforeningen. Det at så mange svarer negativt, spesielt innenfor kirurgi, kan tyde på at supervisjon historisk har vært høyt prioritert innenfor noen fag, og at veiledning dermed sannsynligvis ikke er blitt prioritert godt nok på enkelte utdanningsavdelinger.

Supervisjon mer enn veiledning, er en sentral læremetode i kirurgiske fag og medisinske servicefag, i motsetning til i psykiatri og indremedisinske fag. Det er derfor ikke uventet at vi finner tilsvarende forskjeller i disse målingene. Hva gjelder supervisjon må det likevel presiseres at det vi måler er kvaliteten og innholdet i supervisjonen, som viser avdelingens tilrettelegging med å slippe LIS tilstrekkelig til for å lære seg nødvendige praktiske prosedyrer.

I 2016 svarer fortsatt kun 47,2% at de kommer i gang med veiledning *i løpet av en måned* sammenlignet med 48,4% i 2012. Det har altså ikke skjedd noen nevneverdig forbedring siden forrige måling. På de andre spørsmålene om organisering av veiledning viser tallene en svak ikke signifikant økning i andelen som har fått avsatt tid til veiledersamtaler i tjenesteplanen, fra 36,1% (CI 34,0 – 38,2) i 2012 til 40% (CI 37,7 – 42,2) i 2016. I forhold til hyppighet er det en ikke signifikant nedgang i antallet som får ukentlig veiledningsmøter: 13,9% (CI 12,3 – 15,5) i 2016 sammenlignet med 16,4% (CI 14,8 – 17,9) i 2012. Derimot fikk signifikant flere veiledningsmøter omtrent hver måned 21,1% (CI 19,2 – 22,9) i 2016 og 14,8% (CI 13,3 -16, 2 i 2012. Økningen i veiledning månedlig kan delvis skyldes at noen nå får månedlig istedenfor ukentlig veiledning.

Når det gjelder opplevelsen av kvaliteten på veiledning, altså innhold og nytte, var samleskåren noe lavere i 2016 enn i 2012. I 2016 svarte 58,2% (CI 55,4 – 60,2) *svært ofte* eller *ofte* på spørsmålet om hvorvidt de opplevde at det i veiledningen ble gitt mulighet til refleksjon over eget læringsutbytte i faget, mot 63,7% (CI 61,6 – 65,7) i 2012. Denne tilbakegangen er signifikant. Omtrent 73% opplevde veiledningen som nyttig for utdanningen både i 2012 og 2016.

I målingene av kvaliteten på supervisjon var det også en tilbakegang fra 2012 til 2016. På spørsmålet om supervisjon fra bakvakten når du trenger det, svarte 86,3% positivt i 2012, mot 79,8% i 2016. På spørsmålet om tilrettelegging fra avdelingens side for å lære praktiske prosedyrer svarte 54% positivt i 2012, mot 41,6% i 2016. På spørsmål om tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer svarte 61,3% positivt i 2012, mot 50% i 2016. På spørsmålet om man slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer svarer 60,3% positivt i 2012 mot 50% i 2016. På spørsmålet om tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk svarte 47,5% positivt i 2012, mot 32,9% i 2016. Det har altså

vært en signifikant negativ utvikling på alle spørsmål om kvaliteten på supervisjon de fire siste årene (se tabell 3).

Tabell 3. Sammenligning supervisjon alle spørsmål, 2012 -2016

Supervisjon alle spørsmål:	2012		2016		
	Positive svar%	Konfidensintervall (CI)	Positive svar%	Konfidensintervall (CI)	
Opplever du:					<i>*Signifikant endring fra 2012 – 2016</i>
At du får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?	86,3	84,7 – 87,8	79,8	77,8 – 81,7	*
At det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?	54	51,8 – 56,2	41,6	39,2 – 43,9	*
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?	61,3	59,1 – 63,4	50	47,6 – 52,4	*
Opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?	60,3	58,1 – 62,5	50	47,6 – 52,4	*
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk?	47,5	45,0 – 49,9	32,9	30,5 – 35,3	*

Fordi vi fant forskjeller på målinger av supervisjon fra 2012 til 2016, ville vi også se på forskjeller i utviklingen innen de ulike fagområdene. Vi fant en signifikant negativ utvikling for kirurgiske fag på 4 av 5 spørsmål (se Tabell 4) I indremedisinske fag var det en negativ utvikling på 3 av 5 spørsmål. I medisinske servicefag var det en negativ utvikling på 4 av 5 spørsmål, og i psykiatriske fag var det en negativ utvikling på 2 av 5 spørsmål.

Tabell 4: Endringer i opplevelsen av supervisjon innen fagområder fra 2012 – 2016

Signifikansnivå ved bruk av Mc Nemars test				
Opplever du:	Kirurgiske fag	Indre- medisinske fag	Medisinske servicefag	Psykiatriske fag
At du får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?	Negativ utvikling p<0.001	Negativ utvikling p<0.001	Negativ utvikling p<0.001	Negativ utvikling p<0.001
At det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?	Negativ utvikling p=0.02	Negativ utvikling p<0.001	Negativ utvikling p<0.001	Negativ trend Ikke signifikant
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?	Negativ utvikling p<0.001	Negativ trend Ikke signifikant	Negativ utvikling p<0.001	Negativ trend Ikke signifikant
Opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?	Negativ trend Ikke signifikant	Negativ trend Ikke signifikant	Negativ utvikling p<0.001	Negativ utvikling p<0.001
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk?	Negativ utvikling p=0.01	Negativ utvikling p<0.001	Negativ trend Ikke signifikant	Negativ trend Ikke signifikant
Totalt spørsmål med signifikant negativ endring	4 av 5	3 av 5	4 av 5	2 av 5

Vi vet lite om mulige årsaker til disse endringene. En nærliggende forklaring kan være at et økende arbeidspress i sykehus og stadige omorganiseringer har ført til at prioritering av opplæring av utdanningskandidater har måttet vike.

Nærmere 90% av Leger i spesialisering oppga at de hadde nødvendig tilgang til relevant beslutningstøtte (prosedyrehåndbøker, retningslinjer, tidsskrifter osv.) og over 70% følte seg kompetente til å utføre det de var satt til å gjøre. Men når det gjelder tilbakemeldinger fra kollegene på jobben de gjør svarte en relativ høy andel (30,2%) *nei* på spørsmålet om de syntes at de fikk nok tilbakemeldinger. Det er en viss tradisjon for å kritisere hverandre innad i legegruppen, men det er usikkert hvor god tradisjonen er for å selv be om å få tilbakemeldinger på hvordan man utøver faget. Det er mye god læring i tilbakemeldinger fra kolleger men det kan tenkes at fokus på akkurat dette blir litt borte i en hektisk arbeidshverdag. Samlet sett viser resultatene altså at både veiledning og supervisjon fortsatt har et forbedringspotensial.

5. Internundervisning, fordypning og forskning

Internundervisning er møter til faste tidspunkter for leger ved en utdanningsinstitusjon, der temaer tilhørende den medisinske spesialiteten gjennomgås teoretisk. Internundervisningen skal bidra til den faglige utviklingen for alle avdelingens leger, og skal i særlig grad ivareta behovet for å gi leger i spesialisering nødvendig teoretisk bakgrunn for avdelingens virksomhet. Det forutsettes at leger i spesialisering aktivt tar del i undervisningen, da den er obligatorisk og skal inngå i legenes tjenesteplaner. I følge generelle bestemmelser for spesialistutdanning for leger er enhver godkjent utdanningsavdeling forpliktet til å ha strukturert undervisning i tilknytning til klinikken, på minimum 2 undervisningstimer per uke i 36 uker per år. På spørsmålet om internundervisning ble gjennomført i henhold til disse kravene svarte rundt 97% *ja, i stor grad* eller *ja, til en viss grad*. 2,7% svarte *nei*.

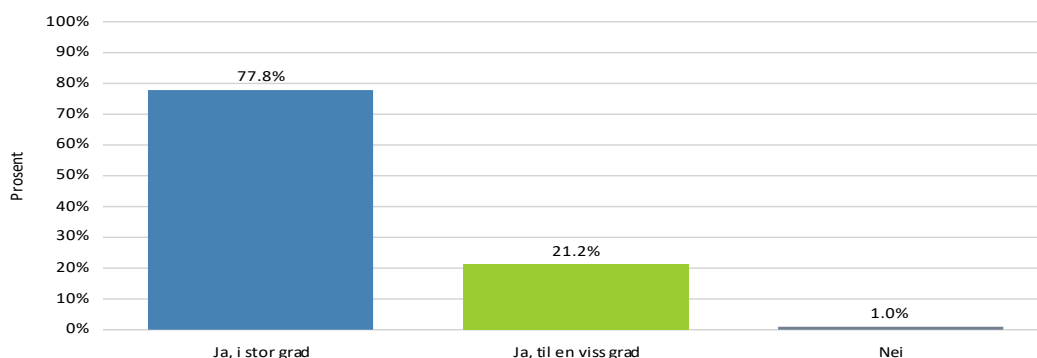
Fordypningstid er en tariffavtalt rettighet i overenskomsten mellom Spekter og Virke, i tillegg til supervisjon og veiledning i spesialistutdanningen. Det er ikke bestemt hvor mye tid som skal være avsatt til fordypning for leger i spesialisering, men dette reguleres i lokale særavtaler. Normen er 4 timer per uke. Fordypningstiden formaliseres og settes av tid til i tjenesteplanene og det er et krav i sentrale bestemmelser at fordypningstiden skal fremgå av disse tjenesteplanene.

5.1. Internundervisning

Vi stilte tre spørsmål om hvordan de opplevde internundervisningen:

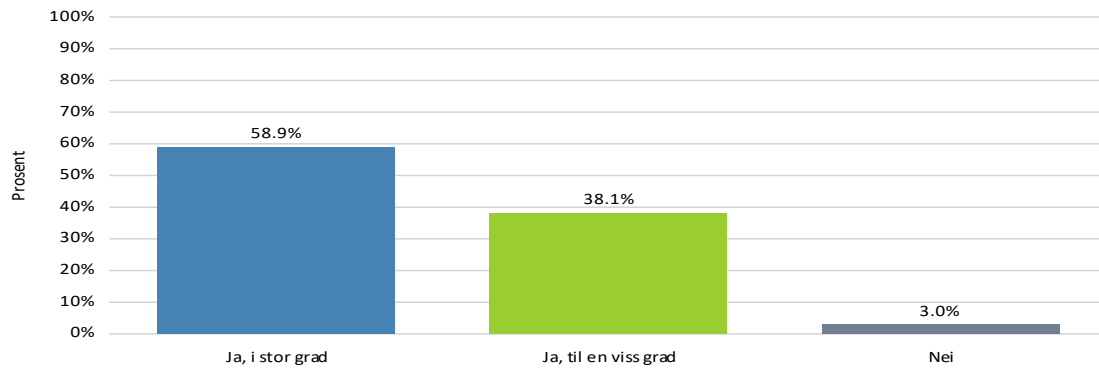
1. **Opplever du at det er relevant internundervisning på din arbeidsplass?** (se figur 11)
 2. **Opplever du at internundervisningen er lagt nært opp til behov som oppstår i arbeidet?** (se figur 12)
 3. **Synes du at kvaliteten på internundervisningen er tilfredsstillende?** (se figur 13)
- Svaralternativene på disse spørsmålene var. *Ja, i stor grad, Ja, til en viss grad og Nei*

Figur 11. Opplever du at det er relevant internundervisningen på din arbeidsplass?



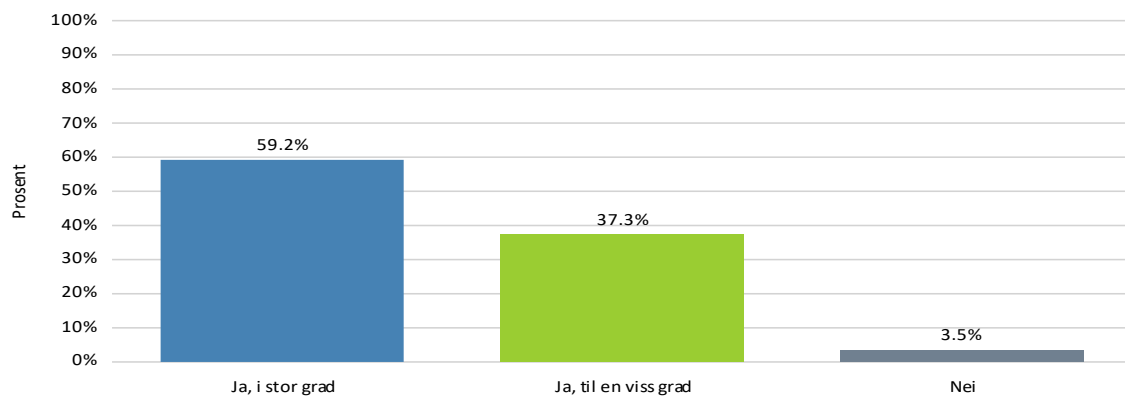
N = 1783

Figur 12. Opplever du at internundervisningen er lagt nært opp til behov som oppstår i arbeidet?



N = 1783

Figur 13. Synes du at kvaliteten på internundervisningen er tilfredsstillende?



N = 1788

Leger i spesialisering ser ut til å være svært positive til internundervisning. Denne er også obligatorisk for alle, hvilket sannsynligvis medfører at undervisning i større grad blir prioritert i henhold til kravene.

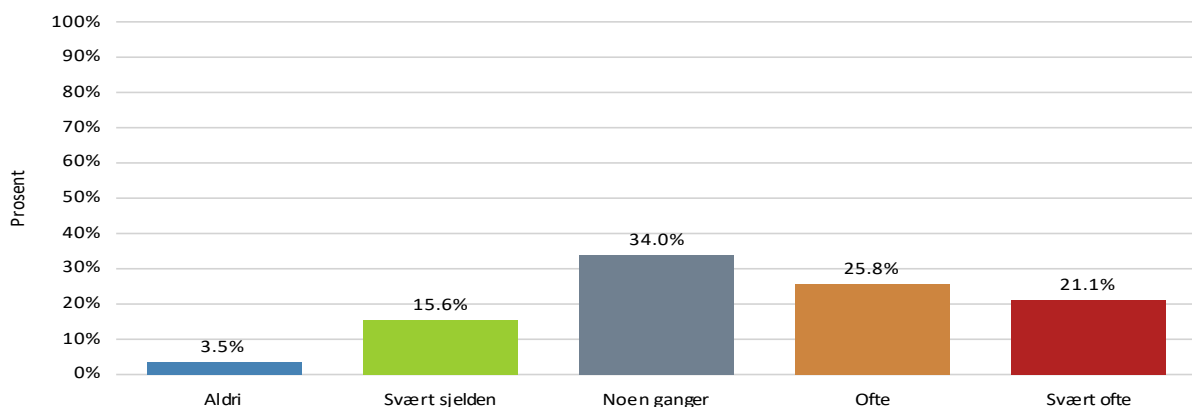
Over 70% oppga at de hadde fått innvilget sine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning. 22,8% svarte nei og ca. 7% hadde ikke søkt. Sammenligninger mellom fagområdene viste at 28,5% av indremedisinerne og 24,8% av kirurgene svarte nei på dette spørsmålet. I psykiatriske fag og medisinske servicefag svarte 15% nei på dette spørsmålet.

5.2. Fordypning og forskning

Tiden som er avsatt til fordypning kan brukes i samråd mellom veileder og utdanningskandidat og avdelingsoverlegen skal være informert om opplegget. Fordypningstiden kan brukes til litteraturstudier, kvalitetssikring, forskningsprosjekter, case-studier, praktisk opplæring i prosedyrer etc.

Over 80% svarte at det «*var avsatt tid til fordypning i tjenesteplanen*». 9,8% svarte «*nei – men det er mulig å få det til i min arbeidshverdag*», og 8,3 svarte «*nei – det er ikke mulig å få det til i min arbeidshverdag*». Vi spurte i tillegg: *Opplever du at tid som er avsatt til fordypning eller undervisning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver?* Her svarte 46,9% Ofte eller Svært ofte (se figur 14).

Figur 14. Opplever du at tid som er avsatt til fordypning eller undervisning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver?



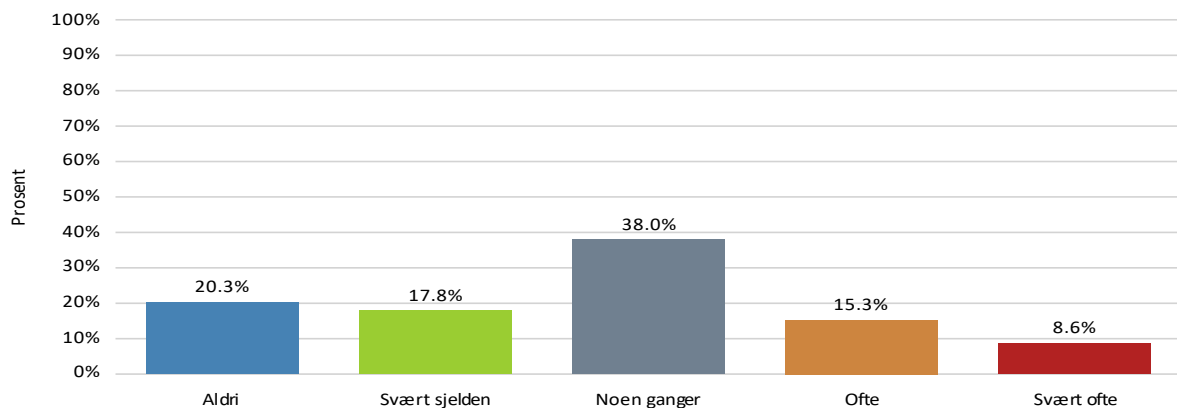
N = 1781

Hvorvidt det er tid til fordypning eller undervisning som blir brukt til salderingspost, gir dette spørsmålet ikke informasjon om. Det hadde derfor vært mer hensiktsmessig å skille disse. I tillegg til spørsmålene om fordypning, stilte vi til sammen tre spørsmål om forskning i spesialistutdanningen.

På spørsmålet: *Opplever du at det er lagt til rette for at leger i spesialisering skal kunne drive med forskning på din arbeidsplass?* svarte til sammen 58,8% ja, i stor grad eller ja, til en viss grad og 41,2 svarte nei. Vi spurte også: *Opplever du at det er lett å komme i gang med forskningsprosjekter på din arbeidsplass?* Her svarte til sammen 52,8% ja, i stor grad eller ja, til en viss grad og 47,3% svarte nei.

Til slutt i denne bolken spurte vi om de opplevde at tid avsatt til forskning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver (se figur 15). Her svarte til sammen 23,9% ofte eller svært ofte.

Figur 15. Opplever du at tid som er avsatt til forskning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver?



N = 1480

Det var ingen store forskjeller mellom fagområdene eller helseforetakene på noen av disse spørsmålene. Medisinske servicefag svarte litt mer positivt enn de andre fagområdene. Det at så mange svarer at denne tiden blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver betyr ikke nødvendigvis at leger i spesialisering mister denne tiden til fordypning eller forskning, men det kan være at disse oppgavene er de som oftest og lettest blir flyttet på dersom andre nødvendige oppgaver kommer underveis.

5.3. Oppsummering resultater internundervisning, fordypning og forskning

Internundervisningen fungerer bra og her det ingen forskjeller sammenlignet med 2012. Over 70% oppga at de hadde fått innvilget sine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning, men det var noen forskjeller mellom fagområdene. Psykiatriske fag og medisinske servicefag lå signifikant lavere på andel som svarte nei (ca.15%) sammenlignet med kirurgiske (24,8%) og indremedisinske (28,5%) fag. Noe av årsaken til dette kan være at det er vanskelig å få kabalen til å gå opp dersom mange skal på kurs samtidig, og det kan være vanskeligere å organisere i forhold til vaktdekningen på avdelinger med tung vaktbelastning. Tid avsatt til undervisning, fordypning og forskning oppleves ofte som salderingspost for andre nødvendige oppgaver. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke får tid til dette, men at tiden brukt til dette er lettest å flytte på i arbeidshverdagen, sammenlignet med praktiske prosedyrer. Her burde vi skilt tydeligere på begrepene for å se om det er forskjeller mellom hyppigheten på at man bruker undervisning eller fordypning som salderingspost.

