

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00004104
Afdelingsnavn	Kirurgisk center
Hospitalsnavn	Landssygehuset Torshavn
Besøgsdato	05-05-2025

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen			X	
Uddannelsesprogram			X	
Uddannelsesplan			X	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			X	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer		X		
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			X	
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning				X
Undervisning - som afdelingen giver			X	
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering		X		
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger		X		

Læringsmiljøet på afdelingen			X	
------------------------------	--	--	----------	--

Særlige initiativer	Afdelingen har ansat en forskningskoordinator, som afholder introduktion med alle yngre læger og derved sikrer tidlig inddragelse i forskningsprojekter, hvis lægerne har interesse herfor.
----------------------------	---

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	24

Deltagere

Sygehusledelse	Lægefaglig vicedirektør, direktør
Afdelingsledelse	Cheflæge
Speciallæger	2 Ort.kir, 1 kir, 1 ØNH, 3 øjenlæger
Antal KBU-Læger	3
Antal I-Læger	3
Angiv hvilke specialer forløbene er i, samt hvor mange I-læger, der er i hvert speciale	Normeret til 2 introstillinger i ortopædkirurgi, 1 introstilling i kirurgi, 1 i ØNH
Antal HU-Læger	2
Angiv hvilke specialer forløbene er i, samt hvor mange HU-læger, der er i hvert speciale	1 i ortopædkirurgi 1 i almen medicin
Andre	2 oversygeplejersker (fra hhv sengeafd og ambulatoriet), den forskningsansvarlige

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Cheflæge	Elinborg Solbjørg Mortensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Elin Holm
Inspektør 1	Kristine Sarauw Lundsgaard
Inspektør 2	Lene Spanager
Evt. inspektør 3	Andreas Peter Balslev-Clausen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Besøget var et rutinebesøg 4 år efter det forrige og lagt sammen med et større PKL-besøg fra VUS Øst. Programmet var veltilrettelagt til trods for at Landssygehuset havde fået kort varsel. Der var prioriteret bredt fremmøde af speciallæger og uddannelseslæger. Vi overværede først i røntgenkonferencen og dernæst morgenkonferencen. Udover speciallæger og uddannelseslæger deltog også 2 sygeplejersker, direktionen og forskningskoordinatoren. Besøget var sammenfaldende med at de to uddannelseslæger i ortopædkirurgi var på kursus i DK og der blev derfor holdt virtuelt møde med dem ugen efter. Ingen læger i HU-almen medicin deltog i inspektorbesøget. Kirurgisk center har 11 speciallæger ansat; 3 i oftalmologi, 1 ØNH, 3 i ortopædkirurgi (herefter ort-kir), 3 i kirurgi (herefter kir) og 1 cheflæge, der ligeledes er ortopædkirurg. Staben af faste læge suppleres med kirurgiske konsulenter fra Danmark, som typisk arbejder en til få uger ad gangen. UAO er øjenlæge. Afdelingen har et døgndækkende forvagtslag bestående af KBU-læger og hoveduddannelesslæger i almen og et mellemvagtslag bestående af introlæger (1 ort-kir og 1 kir) og uklassificerede læger. Lægerne i MV har 12 timers vagter og herefter tilkald. Hertil kommer bagvagtslag, hvor HU-læger i sidste del af uddannelsen indgår. KBU-læger: KBU-lægerne oplever travlhed og stort flow i skadestue og akutmodtagelse. De får en god bred eksponering for mange forskellige diagnoser, da der modtages patienter med både kirurgiske, ortopædkirurgiske og gynækologiske problemstillinger. KBU-lægerne beskriver det som en styrke,
-----------------------------------	--

at der er stor bredde i læringen som medicinsk ekspert. Dog er læringen udfordret af, at der er få læger på arbejde ad gangen og derfor ikke umiddelbar adgang til direkte supervision i skadestuen og akutmodtagelsen. Dette gælder både i dagtid og vagttid.

Mellemvagterne beskrives som lettest tilgængelige, trods at de har vagt hjemmefra fra ud på aftenen. At få hjælp kræver dog, at man er tydelig omkring det som KBU-læge og at man ofte skal opsøge supervisionen på operationsstuen, dvs. væk fra patienten. Nogle KBU-læger beskriver, at det er svært at få supervision af speciallæger og at de, hvis de superviserer, kommer til at overtage undersøgelse og plan. Inspektorerne bemærker, at flere KBU-læger er uhensigtsmæssigt opmærksomme på, at supervision potentielt "tager tid fra patienter eller andre kollegaer". Dvs. at lægerne til en vis grad tilsidesætter egne behov for fællesskabets bedste. Andre oplever at få den supervision de har behov for.

KBU-lægerne fortæller, at de ikke får supervision på journaler, bortset fra hvis behandlingsplanerne har været skæve. Feedback på planer fås primært når man er til stede på røntgen- og morgenkonference.

Intro-læger

ØNH: Der er god supervision og undervisning og mulighed for direkte observation. Man har ikke vagter.

Kirurgi: Mange muligheder for læring indenfor det akutte og man får ansvar. Lægerne beskriver, at det kan være lidt svært at navigere i, at bagvagterne kommer fra forskellige faglige miljøer og derved kan det svinge, hvad man får af behandlingsvejledning. Desuden får man tit opgaven med at samle op på patientforløb, når konsulenterne rejser hjem. Operative kompetencer: Umiddelbart fokus på progression i kompetencer, men med skiftende bagvagter er det

	vekslende, om bagvagten/supervisor ved, hvor man er kompetencemæssigt og derfor bliver man ikke altid brugt hensigtsmæssigt. Ortopædkirurgi: Afdelingen er normeret til to introstillinger i ortopædkirurgi, men da der aktuelt er startet en læge i HU-forløb delt med Amager-Hvidovre, er der aktuelt kun 1 introduktionslæge og 1 HU-læge. Der er god mulighed for supervision af operationer - både af afdelingens faste læger og af de skiftende ortopædiske konsulenter, som generelt er meget uddannelsesmindede. Muligheden for kirurgisk oplæring er dog udfordret af mange vagter i det blandede kirurgiske vagttag, hvor arbejdsopgaven som MV både andrager ortopædkirurgiske, kirurgiske og andre opgaver. Dette påvirker muligheden for specifik ortopædisk oplæring negativt, men til gengæld giver det en bred uddannelse. Supervision af KBU-læger fylder meget i vagten og kan gå ud over muligheden for egen uddannelse. Samlet set er uddannelsen god, men arbejdspresset i skadestuen påvirker uddannelsen i alle vagttag. Almen-medicinere har mulighed for en meget stor og bred uddannelse særligt pga. mange specialer samme sted. Desuden har de mulighed for uddannelsesdage på ØNH og øjenafdelingen. Der er dog behov for mere fokus. Udfordringerne med supervision gælder dog også for denne gruppe. Supervisionen er yderligere udfordret af, at denne gruppe har egne læringsmål og kompetencevurderingsmetoder, som supervisor og vejledere skal have kendskab til
--	---

Introprogram:

Der er afsat 5 dage og det lader til at være tilstrækkeligt. Der er en følgevagte i skadestuen, men ikke til skadesambulatoriet, hvilket uddannelseslægerne mangler.

Konferencer:

Der er særdeles god læringsværdi i morgen- og røntgenkonference, hvor alle indlagte patienter fra skadestuen, som har fået taget røntgenbillede gennemgås. Der gives således indirekte supervision på alle behandlinger, hvor der har været lavet røntgenundersøgelse. Man kunne her udnytte muligheden endnu bedre for at gennemgå indikationer og begrundelser for behandling.

Kompetencevurdering:

Kompetencevurderinger foretages ikke systematisk. En i-læge har selv printet papirer ud og tænkt sig at bruge dem, men har ikke oplevet, at det er hovedvejleder, der stiller kravet. Gruppen af speciallæger/vejledere har kun svagt kendskab til redskaberne og deres anvendelse. Der er en tavle til overblik i konferencerummet, men den er sparsomt udfyldt og KBU-lægerne kender den ikke.

Det er indført, at en speciallæge superviserer i skadeambulatoriet – og her vurderer inspektorerne, at der oplagt kunne indføres mere kompetencevurdering fordi der allerede er sikret krydspunkter mellem uddannelseslæger og supervisor.

Operationssituationerne er ligeledes meget oplagte til at få kompetencevurdering systematisk implementeret, da speciallæge og uddannelseslæge står meget sammen her.

Inspektorerne vurderer, at det for ovenstående situationer primært er manglende kendskab til redskaberne og deres anvendelse, der står i vejen for kompetencevurdering, mens det for KBU-læger (og potentielt også HU-læger i almen

	medicin) i lige så høj grad handler om manglende krydspunkter med supervisorer. Det er drøftet med afdelingen og sygeplejerskerne, at det også er en mulighed at inddrage andre faggrupper i den daglige supervision og kompetencevurdering. Sygeplejerskerne vil gerne vurdere uddannelseslægenes kommunikation og samarbejde, hvis de får noget oplæring i det. Introsamtaler, midtvejs og slutsamtaler afholdes, men de er ikke skemalagt. Undervisning: Der er fællesundervisning, hvor både uddannelseslæger og speciallæger på skift bidrager, som foregår 30 min hver tirsdag og torsdag. UKYL lægger skemaet. Det kunne evt uddelegeres, så UKYL alene har det overordnede ansvar. Dette ville frigive mere tid til at UKYL kan indgå i andre nødvendige uddannelsesindsatser, samtidig med at andre uddannelseslæger får mulighed for at træne ledelses/administrative kompetencer. Inspektorerne foreslår at tilføje uddannelse som emne på undervisningsprogrammet, konkret kunne det have fokus på fx kompetencevurdering og feedback. Supervision: Speciallægerne bakker op om uddannelseslægenes beskrivelse af at ressourcemangel, herunder få faste speciallæger, hvilket står i vejen for at være mere ambitiøse omkring supervision. Hovedvejlederne har talt om at udnytte vejledermøderne (med uddannelseslægerne) bedre, sådan at de kan give konkret feedback på opgaver, de har løst.
--	--

	Skadesedler (uden rtg) læses aktuelt ikke igennem, det ser speciallægerne en læringsværdi i, men der er aktuelt ikke ressourcer til at implementere dette. Alle speciallægerne mødes 3 gange i løbet af et uddannelsesforløb på ½ år. I alt 6 møder på et år. Drøfter progression hos lægerne. Vejlederen har til opgave at gå tilbage til lægen med feedback. Man forsøger at vælge de uddannelseskonsulenter som er mest uddannelsesminded og nogle af dem fungerer som medvejledere mens de er på Landssygehuset. Hver uge holdes møde mellem overlæge, UKYL og sygeplejersker mhp forbedringsindsatser i skadestuen. UAO: UAO har ikke afsat tid til opgaven og har ikke detail kendskab til de specialespecifikke uddannelsesprogrammer. Mange af de lavpraktiske ting kunne med fordel løses af en administrativ person (sekretær/sygeplejerske) og uddannelsesprogrammer kunne opdateres med hjælp fra speciallæger i de respektive specialer. UAO-konstruktionen, hvor UAO dækker alle kirurgiske specialer opleves også af inspektorerne som en udfordring – ikke blot pga tid, men fordi indsigt i og implementering af så mange og diverse uddannelsesprogrammer er en meget stor opgave. Det vurderes af inspektorerne, at uddannelsen ville styrkes væsentligt, hvis der var mere inddragelse og ansvarliggørelse af speciallægerne i de enkelte specialer. Forskning og træning i akademikerrollen: Der er en aktiv forskningskoordinator som er ansat på ½ tid i kirurgisk center. Han holder samtaler med alle nyansatte
--	--

	læger, tilbyder sparring og inspirerer til at lave mindre forskningsprojekter. KBU-læger bliver involveret i at opdatere retningslinjer Rekruttering Afdelingen er fortsat præget af relativt få speciallæger, særligt udtalt på det almen kirurgiske område og der er fortsat behov for, at vagten kan dækkes af eksterne konsulenter. Der arbejdes intensivt på at rekruttere og uddanne egne læger, så konsulenter kun er nødvendige til håndtering af specialiserede funktioner. Læringsmiljø: Overordnet beskrives et godt og trygt læringsmiljø, trods travlhed. Der er ros til de faste overlæger og god stemning. Nogle vikarer/konsulenter er gode til at prioritere undervisning. Dog er uddannelsen og ansvaret for uddannelse i høj grad lagt på uddannelseslægerne og også i højere grad, end det er rimeligt. Uddannelseslægerne oplever, at UAO kan være langt væk i hverdagen, da vedkommende sidder i en anden bygning. Det er vigtigt, at det daglige uddannelsesansvar er uddelegeret til læger, som har deres daglige gang på afdelingen og at ledelsen generelt er synlig. Sygehusledelsen: Sygehusledelsen var meget imødekommende over for forslag til forbedring af uddannelsen, men er selvfølgelig begrænset af den økonomiske ramme. Konklusion: På baggrund af ovenstående er inspektorerne enige med afdelingen i at "læring og kompetence-vurdering", "sundhedsfremmer" og "arbejds-tilrettelæggelse" vurderes
--	---

	som i afdelingens selvevaluering af punkterne som "utilstrækkelig". Herudover har inspektorerne vurderet at "uddannelsesprogram", "læring i rollen som medicinsk ekspert", "samarbejder", "akademiker" og "konferencernes læringsværdi" er tilstrækkelige, men ikke særdeles gode (som beskrevet i selvevalueringen). Dette skyldes overvejende manglende systematik i oplæring og kompetencevurdering samt et uddannelsesprogram for introduktionsstillingen i kirurgi som ikke er helt opdateret efter nyeste målbeskrivelse. Inspektorerne har talt med afdelingen og sygehusledelsen om følgende idéer: Meget handler om at styrke organisatorisk systematik omkring diverse uddannelsespapirer, herunder uddannelsesprogrammer og kompetencevurderingsredskaber: • Oplæring i procedurer kan med fordel samles i forløb, så man fx får xx antal uger med endoskopi osv • For-supervision i ambulatoriet med gennemgang af programmet. • Planlagt kompetencevurdering evt i grupper. • Dyadelæring, dvs to KBU læger ser nogle patienter sammen • Afdelingen har tidligere iværksat et initiativ, omkring feedback på fremlæggelser i til morgenkonferencen. Det er ikke helt systematisk implementeret, men flere søger at holde det i live. • Bringe case-undervisning ind i den planlagte undervisning eller bruge morgenkonferencen til at fremlægge én case som der kan læres af • Undervisning i stuegang
--	--

Status for indsatsområder	1. Organisering i skadestuen (fokus på henvisning, visitering og triagering af patienter): Er stadig work-in-progress. Der er oprettet ugentlige møder med deltagelse af læger fra både kirurgisk og medicinsk afdeling samt afdelingssygeplejerske i skadestuen mhp. optimering af behandling og samarbejde. 2. Organisering efter udskillelse af gyn/obs: Er gjort 3. Rekruttering af UAO: Er gjort 4. Forskning: Der er ansat en forskningskoordinator 5. Lærings- og kompetencevurdering (øget kendskab blandt uddannelseslæger og speciallæger til redskaber og feedback): Her er der ikke sket meget – det er fortsat et fokusområde 6. Strategi mhp. rekruttering og fastholdelse af færingar til speciallægestillinger: Der er oprettet HU-forløb delt mellem Landssygehuset og Amager-Hvidovre Hospital i ortopædisk kirurgi. Første speciallæge er uddannet i dette forløb og der er netop startet en ny HU-læge. Forløbet har fået god modtagelse på AHH og Landssygehuset. Der slås også et fleksforløb op i kirurgi delt mellem Region Nord og Landssygehuset.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Struktureret kompetencevurdering i alle uddannelsesstillinger Forslag til indsats: Lære alle kompetencevurderingsredskaber at kende (bla. ved morgenundervisning) og bruge dem. Desuden minde konsulenter om også at kompetencevurdere fx ved operativ/teknisk oplæring Tidshorisont: 6 måneder

	Nr. 2 Indsatsområde: Vurdering og feedback af rollerne som kommunikator og samarbejder Forslag til indsats: Kompetencevurdering og feedback af rollenerne som kommunikator og samarbejder kan til dels gøres ved sygeplejersker, dvs. de skal oplæres og der skal etableres et lille team af sygeplejersker, der kan det Tidshorisont: 6-9 måneder Nr. 3 Indsatsområde: Supervision og læring Forslag til indsats: Tidligere indsatser skal genoptages til hhv -supervision i ambulatoriet (1 speciallæge der har ½ program der superviserer 2 uddannelseslæger) -feedback på overlevering fra morgenkonference Tidshorisont: 3 måneder Nr. 4 Indsatsområde: Arbejdstilrettelæggelse. Med den nuværende arbejdstilrettelæggelse er det svært at tilbyde supervision til KBU læger og oplære I-læger. Forslag til indsats: Uddannelseskapacitet tillader 2 klassificerede uddannelseslæger i hhv ort kir og kir ad gangen. Dvs der kan arbejdes mod at skaffe to ekstra introstillinger til kirurgisk center (skal dog starte 3-6 måneder forskudt for at sikre at de ikke skal lære det samme samtidig) Tidshorisont: 1-2 år
--	---

	Nr. 5 Indsatsområde: Aflastning af UAO og styrke specialernes ansvar for uddannelsesopgaven Forslag til indsats: Mere sekretærbistand til at varetage rutineopgaver, fx opdatering og udsendelse af uddannelsesprogrammer mm Inddragelse – evt konkret udpegning af specialeansvarlige uddannelsespersoner, som både kan være nøglepersoner i dagligdagen – men som fx. Også kan indgå i specialespecifikke uddannelsesråd i VUR Øst. Tidshorisont: 1år
--	--