

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002663
Afdelingsnavn	Øre-, Næse- og Halskirurgi
Hospitalsnavn	Aarhus Universitetshospital
Besøgsdato	29-01-2020

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	Ad Introduktion - Gode nye tiltag er endnu ikke effektueret Ad Læringsmiljø - Splittet mellem de formelle forhold (utilfredsstillende) og de enkelte lægers indbyrdes forhold (Godt)
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	9

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Ja
Speciallæger	Ja
Uddannelsessøgende læger	8
Andre	Ja

Dokumenter

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

Aftaleparter

Ledende overlæge	Karin Lambertsen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jesper Bille
Inspektor 1	Mette Bay
Inspektor 2	Jacob Melchiors
Evt. inspektor 3	Carl Frederik Haugaard

Konklusion og kommentar til besøg	Veltilrettelagt, velplanlagt inspektorbesej, hvor alt relevant materiale var tilgængeligt på forhånd. Det eneste forbehold er at UAO har ved besøgstidspunktet har opsagt sin funktion og indgående UAO ikke deltog i den kapacitet. Der er tale om et ekstraordinært besøg der er kommet i stand på grund af henvendelse fra de uddannelsessøgende læger til Sundhedsstyrelsen på vegne af afdelingens læger. Der er rejst bekymring om manglende supervision, kompetencevurdering og uddannelse og der er rejst bekymring om manglende lydhørhed vedr. dette fra afdelings ledelse. Sidste rapport fra 2017 anbefalede et ordinært genbesøg indenfor 4 år. Der blev indgået en aftale om at adressere: ☐ Mængden af akutte patienter på akutsporet ☐ Indføring af mere undervisning ☐ Brug af uddannelsesplaner ☐ Introduktion til afdelingen ☐ Arbejdstilrettelæggelsen med hensyn til uddannelse Besøget har været prioriteret og forberedt af afdelingen med relativ kort frist. 10 ud af 14 uddannelsessøgende deltog i udfærdigelsen af selvevalueringsrapporten. 8 uddannelsessøgende kunne deltage på dagen (ud af 9 mulige – 2 læger mødte op i egen tid fra ferie eller fri). Inspektorerne fik lejlighed til at tale med relevant repræsentation fra afdelingens speciallæger og ledelse samt sygehusets ledelse. Samlet set har inspektorerne således fået et godt grundlag at basere rapporten på. Overordnet skal det bemærkes at afdelingen fortsat fremstår præget af den overståede flytning og af de logistiske udfordringer det har medført. Afstande mellem funktioner er blevet større og den løbende ”uofficielle ad hoc supervision” er blevet vanskeliggjort og derfor meget mindre hyppig. Dette har desværre synliggjort den absolutte manglen på struktureret kompetencevurdering. Desuden er hospitalet grundet en omkostningsrig flytning ramt af ansættelsesstop og store sparerunder. Det er inspektorenes generelle indtryk at afdelingen er undernormeret i forhold til produktionen generelt og i forhold til uddannelse i særdeleshed. Alle uddannelseslæger har planlagt hovedfunktion på Skejby matriklen. Alle udd læger har desuden i varierende omfang sekundær funktion på Regionshospitalet Randers. Introlægerne har 2 mdr. i Randers. De sene og tidlige kursister har enkelte dage om måneden i Randers. Alle kursister har således fokuserede dage i Randers indenfor benign hals, øre og næse. Vi vil i rapporten sætte et fokus på Århusmatriklen da opholdet der udgør langt størstedelen af den uddannelsessøgendes tid og da uddannelsen her er under et langt større pres fra både interne og eksterne faktorer. Kort bemærkning om Randers Det er inspektorenes indtryk at der på Randers foregår kirurgisk oplæring på et rimeligt om end ikke struktureret niveau – hvor yngre læger introduceres til
--	---

basale kirurgiske indgreb og de mere seniore læger får mulighed for at stifte bekendtskab med de for kursister avancerede indgreb. Der er stiles efter kirurgisk oplæring af introlægerne, i tonsillektomi og adenotomi samt i de fleste tilfælde direkte laryngoskopi og tubulation, og af kursister i septum og til dels i benign hals. Det bemærkes fra de uddannelsessøgende læger, at det ofte ender med at man laver de indgreb, man kan i forvejen og skal kæmpe for at få oplæring i nye indgreb.

Det skal også bemærkes, at det er en meget ung læge, der forestår den initiale oplæring i de basale indgreb (ofte den sidst oplærte) hvilket til dels medieres af, at en senior læge efter oplæringen foretager kompetencevurdering.

Der er over det sidste halve år introduceret ”septum-dage” hvor en yngre læge målrettet læres op i septumplastik under direkte supervision og dette er relevant kædet sammen med ambulant funktion.

I Randers ambulatoriet er der rimelig adgang til at konferere under ambulatorie funktion og der tilsigtes en superviseret ambulatorie hver tirsdag med udvidet tid til FU af fx Dir. Lar., benign hals og septum patienter. Det opleves dog af uddannelsessøgende, at dette ikke gennemføres, at der ikke afsættes tid til det, og at der således savnes struktureret oplæring eller kompetencevurdering.

Det er således inspektorenes indtryk at Randersmatriklen drager fordel af ikke at være helt så hårdt belastet i forhold til produktion og på trods af specifikke mangler leverer et rimeligt uddannelsesprodukt.

Århusmatriklen

Selvevaluering:

Afkrydsning af skemaet er foretaget ved anonym afstemning, der derefter er gennemgået i plenum. Man får indtryk af større spredning ved gennemlæsning af prosa-delen af selvevalueringen, end det fremgår af vurderingsskemaet.

Således er der udtalelser i SWOT analysen som

”manglende generel oplæring”, ”uddannelse prioriteres ikke af ledelsen” og

”mangel på dublering” blevet til en overordnet vurdering som tilfredsstillende i vurderingsskemaet. Det skal samtidig nævnes at der i SWOT’en også var flere positive bemærkninger så som beskrivelsen af de ”store potentielle uddannelsesmuligheder, hvis uddannelsessøgende læger kunne stå som ekstrapersonale/dublering i kliniske funktioner” og ” selvom der er travlt og mangel på afsat tid til supervision/uddannelse, er der stor velvilje fra kollegaer til at supervisere selvom tiden er presset”.

Ambulatorie funktion:

Der er ikke nogen planlagt struktureret kompetencevurdering i ambulatoriefunktion – supervision, der kommenteres her, har karakter af tilkald, hvor en akut problemstilling skal konfereres. Dette umuliggør anvendelsen af de obligatoriske redskaber til kompetencevurdering (mini-CEX og lign) som derfor ikke anvendes på afdelingen.

Generelt er selv tilkald vanskeligt. Der er rigelig med god vilje men der er afstandsmæssigt langt mellem folk grundet de nye forhold og dette kombineret med at speciallægerne har travlt og er overbookede i deres egne ambulatorier gør alt andet end den mest nødvendige supervision vanskelig. Der er ikke sat tid af til supervision på hverken speciallægers eller uddannelsessøgendes program hvorfor patienter bliver konfereret via telefon eller via facetime med en speciallæge der opererer imens.

	På de 3 halsstuer, hvor der ses cancerpatienter, er der normalt en I-læge/tidlig kursist, en 1.reservelæge og en speciallæge. Sammen har de typisk 32-35 patienter, og speciallægen har ingen tid sat af til supervision. Ydermere er speciallægen en dag om ugen væk i 4 timer til konference. Dette er eksemplificeret i tilfælde hvor uddannelsesøgende læger må tage beslutninger på egen hånd eller give patienter en ny tid et par dage senere for at kunne vurdere operationsindikation etc. grundet manglende mulighed for vurdering af speciallæge. Det er et krav fra afd. ledelsens side at man møder forberedt til disse stuer og de yngre læger fortæller at de sidder og forbereder sig hjemme aftenen før for at tilgodese dette. Afd. ledelsen fortæller at der er lagt tid ind til dette i dagsprogrammet, men det genkendes ikke af de yngre læger. Der er for nyligt oprettet et sideløbende thyroideaspor, med speciallæge, som dog er så overbooket, at der heller ikke her er overskud til supervision. Generelt er hals-ambulatoriet beskrevet som både travlt og lærerigt, men også som utrygt. Der kører ofte to øre- og næsespor hvor et er besat af reservelæge og et er besat af speciallæge. Her er kontakten til speciallægen bedre, omend speciallægerne ofte har så travlt, at de efter eget udsagn sjældent har nogen ide om hvad der foregår på reservelægesporet. Dette forhold er aggraveret af, at flere af sporene kører uden fast sygeplejerske, hvorfor lægerne selv skal finde alt grej frem og sørge for at få det lagt til vask igen. Det er kendetegnende for alle typer af ambulatoriespor, at reservelægerne oplever, at de selv skal afgøre, hvad de skal konferere, også på kræftpakkeforløbene. Operationsfunktion: Den eneste konkrete strukturerede uddannelse ligger i dublering på operationsgangen. I sommerferieperioden 19 har der på Århus matriklen ikke været planlagt med denne dublerede aktivitet. Der er ikke helt kongruens mellem de uddannelsessøgendes og afdelingsledelsens oplevelse af forholdene før sommerferien. Forholdene er dog bedret i efteråret således der nu er skemaet 3-4 operationsdage om måneden, hvor man søges dubleret. Der er ikke skemaet med forventet sygdomsfravær og det er derfor nødvendigt at flytte rundt i tilfælde af sygdom. Dubleringen både i amb og på op stuer er derfor sparsom, og i tilfælde af sygdom er der stor risiko for, at de dublerede funktioner på dagen ændres til anden aktivitet, hvorfor reservelægerne kun opnår ca. halvdelen af de i skemaet allokerede dublerede oplæringsdage på op Ved dubleret funktion på operationsgangen foregår kompetencevurderingen ved en global subjektiv vurdering. De obligatoriske redskaber til struktureret kompetencevurdering bliver ikke anvendt (OSATS og lign.) Stuegangsfunktion: Efter indførelse af patientansvarlig læge (PAL) går kun opererende læge stuegang på alle patienter fraset de akut indlagte. De er aldrig dubleret på denne funktion, så yngre læge går ikke med den ældre læge og der opnås ingen
--	---

uddannelse i stuegang for uddannelsessøgende læger. Dette opleves konkret som et fald i faglig kompetence. Sygeplejegruppen oplever, at de yngre læger undlader at udskrive specifikke patientgrupper i weekenden da de føler sig usikre.

Formel undervisning:

Der er formelt planlagt en undervisningssession fast hver uge, men disse kan opleves at blive ændret til administrative formål, og eksterne undervisere er blevet aflyst gentagne gange. Den yngre læge, som er ansvarlig for planen, har svært ved at lægge en plan, når det opleves at den ikke fastholdes.

Morgenkonferencerne kritiseres fra yngre læger for kun at omfatte kort gennemgang af funktioner og vagtoverlevering. Der er i det udleverede materiale lagt op til et fast uddannelseselement (en case), tidligere omtalt som ”kliniske 5 min.” men dette er ikke gennemført. Der har generelt været svag tilslutning blandt de seniore læger, som har været engageret på operationsgang hvor funktionen starter samtidigt med morgenkonferencen.

Tilslutningen til eftermiddags journal-club har været meget lav de sidste år. Flere af møderne er aflyst grundet ringe tilmelding, mange er gennemført trods særdeles små fremmøder på ned til 1-2 læger. Det er ultimo 19 besluttet at journal club skal flyttes til arbejdstiden men dette er ved besøgets afholdelse endnu ikke fuldt implementeret.

Der er over de sidste måneder opstartet simulationstrænings sessioner på akutstuen en gang hver måned for reservelæger og andet personale. Det er blevet mødt med glæde, men det var ganske få af lægerne der havde været med til det da det var i opstartsfasen.

Introduktion til afd.

Introduktion til afdelingen har været uden nogen sikker struktur i en periode – Yngre læger fortæller, at de havde en række dage til introduktion, men at der ikke var nogen plan for hvad de skulle og ikke nogen checkliste for, hvad de skulle introduceres til før funktion.

Ansvar for denne planlægning er netop blevet lagt på en yngre læge, som skal skemalægge de første 14 dage med introduktion til funktioner og vejledersamtale. Dette har ikke fungeret endnu, men vurderes som et godt tiltag.

Formel vejledning:

Der afholdes vejledersamtaler. Samtalerne er dog vanskelige at få presset ind i hverdagen og samtalerne søges derfor ofte gennemført i vagten eller uden for arbejdstid. Der er eksempler på at læger er mødt op i weekenden for at afholde samtale med en speciallæge der var på vagt.

Det er den klare opfattelse blandt både samtlige uddannelsessøgende læger og vejledende speciallæger, at det ikke er en mulighed at aflyse f.eks. 2 patienter i et ambulatorium for at kunne holde samtalen. Afdelingsledelsen kan ikke genkende dette forhold, men mener, at der er en klar regel om at det er tilladt.

Alle yngre læger har uddannelsesplaner. Disse indeholder dog målsætninger om, at kursisten selv skal opsøge læring uden, at der er sikret nogen tid til denne indsats ligesom der er aftaler om at hovedvejleder skal hjælpe uddannelsessøgende til at få oplæring i ønskede operationer, uden at hovedvejleder har noget mandat til at påvirke operationsplanlægningen.

Forskning:

Der er for nuværende ingen Ph.d.-studerende på afdelingen og professorstillingen er stadig vakant. Det videnskabelige arbejde på afdelingen er derfor meget dårligt profileret og for det meste noget der foregår isoleret. Der mangler en gennemsigtighed af, hvilke projekter, der er i gang. Ydermere har ikke alle speciallæger administrationsdage hvorfor overskuddet til vejledning af forskningsprojekter for manges vedkommende ikke er stort. I forhold til de specifikke punkter i specialets målbeskrivelse der vedrører forskningstræning opnås disse ved eksternt kursus.

Skemalægning:

Det er ikke gennemskueligt, om skemaet bruges aktivt som redskab til at styre uddannelsen. Yngre læge laver et udkast til skemaet for yngre læger, som så redigeres af ledende overlæge. UAO har ikke indflydelse på skemaet. Vejledersamtaler er ikke lagt ind i skemaet mhp. manglende bookning af ptt. Fremtidig planlagt deling af vagt skulle dog betyde flere hænder i dagstid med øget mulighed for dublering til følge.

Uddannelses og ledelseskultur:

Afdelingen er præget af, at produktion er dominerende og at uddannelsen opstår som et biprodukt der måske er tilsigtet, men ikke søgt. Dette er synliggjort af daglige beslutninger om at uddannelsesfunktioner prioriteres lavest ved sygdom og fraværet af planlagt supervision i øvrigt. Dette uddannelsesmiljø understreges af en prioritering af en produktionsrelateret orientering frem for den formaliserede undervisning samtidig med et højt krav om selvstændighed med henblik på at drive produktion uden supervision.

Det opleves som påfaldende og meget bekymrende, at der ved gentagne lejligheder i løbet af inspektorbesøget afdækkes misforhold mellem de uddannelsessøgendes (og de vejledende speciallægers) og afd. ledelsens opfattelse af uddannelsens vilkår.

Da dette inspektorbesøg kom i stand efter direkte henvendelse til SST fra de uddannelsessøgendes side var det relevant at granske forløbet der ledte op til denne kontakt. Ifølge de uddannelsessøgende var der tale om at den yngre lægegruppe prøvede at få ledelsen i tale vedr. mangel på supervision uden held

– De beskrev at de blev mødt med manglende forståelse og det er inspektorenes oplevelse at denne manglende forståelse, samtidig med den generelle isolation af den yngre læge i beslutningsprocessen er særlig uheldig, idet den fordrer en selvstændighed hos den yngre læge der er i konflikt med rollen som den professionelle læge.

De dårlige forhold for uddannelsen kunne ikke genkendes af ledelsen, der beskriver en oplevelse af en indsats for at forbedre forholdene for res. lægerne. Kritikken af uddannelsesmiljøet er imidlertid enstemmig fra både reservelæger, afdelingslæger og overlæger i en grad de deltagende inspektorer ikke tidligere har oplevet.

Det er påfaldende, at ledelsen i konteksten af den manglende uddannelsesindsats beskrevet ovenfor var overraskede overfor besøgets årsag. Hospitalsledelsen og UKO udtrykte forundring over ikke at have været kontaktet og inddraget direkte forud for henvendelse til SST af hverken fra

	uddannelseslæger, UKYL'er, UAO'er og AL samt, at PKL heller ikke var blevet inddraget set i lyset af den alvorlige kritik af uddannelsen. Samlet set skaber ovenstående et billede af en afdelingsledelse, der slet ikke har magtet at bevare uddannelsen som en del af afdelingens kerneopgave i mødet med det produktionspres, den blev underlagt. Konklusion: Hospitalet har en klar ambition for uddannelse fremlagt i "Strategi for læring, uddannelse og kompetenceudvikling på Aarhus Universitetshospital" hvoraf det fremgår at "uddannelse i højere grad skal ses som en del af vores kerneopgave" og at "vi arbejder evidensbaseret med at kvalitetssikre og udvikle uddannelsesområdet". Det står i stærk kontrast til en afdeling, hvor produktion så ganske har fortrin frem for formaliseret uddannelse, og hvor de anerkendte, obligatoriske og evidensbaserede metoder til kompetencevurdering slet ikke benyttes fraset 360 graders feedback. Det er tydeligt for inspektorerne, at der er stor vilje for uddannelse blandt de kliniske læger, men samtidig en kæmpe frustration på grund af manglende prioritering af selvsamme uddannelse. Speciallægegruppen får stor ros for at være kompetente og hjælpsomme og de har æren for de dygtige læger, der utvivlsomt også kommer igennem afdelingen. En del af udfordringerne kan måske skyldes nye rammer med en vanskelig og spredt logistik samt mærkbare besparelser med underbemanding til følge. Når det er sagt, er der også et klart element af manglende forståelse for uddannelsen som hjørnesten fra ledelsens side. Det er forstemmende, at unge læger føler de sidder alene med alvorlige beslutninger – At de varetager funktioner uden relevant supervision, og at man så beredvilligt forlader sig på en antagelse at, de selv siger fra. Det er både ud fra et uddannelsesmæssigt og et arbejdsmiljømæssigt problematisk. Der er ved dette besøg beskrevet episoder hvor en introlæge, med beskeden erfaring indenfor specialet, sidder alene med kræftpatienter uden behørig supervision. Afdelingens profil gør den til et oplagt epicenter for uddannelsen af øre-næse-halslæger. Der findes både patient-materialet og viljen på individuelt plan til at uddanne læger. Der er ikke tale om, at speciallægerne ikke er interesserede i eller udviser engagement i videreuddannelse. Men produktionen er prioriteret i en sådan grad, at uddannelse for øjeblikket ikke kan gennemføres i tilstrækkeligt omfang. Dette kan ikke udbedres uden en aktiv omprioritering af ressourcer. Der er ikke tale om at de uddannende speciallæger skal "skoles" til at deltage i uddannelsen eller at afdelingens uddannelsesniveau kan rettes op med en holdningsændring alene. Såfremt inspektorerne skal anbefale, at afdelingen fremover skal medvirke til den lægelige videreuddannelse som hidtil, må den organisatorisk og strukturelt gennemgå væsentlige ændringer inden næste besøg. Det skal slutteligt nævnes at denne rapport er tilvejebragt ved en konstruktiv proces og dialog mellem inspektorgruppen og afdelingens og hospitalets ledelse via UKO. Gruppen ser frem til og ønsker efter afstemning med afdelingen at komme på fornyet besøg indenfor ni til tolv måneder.
Status for	Gør man kort status for aftalerne ved sidste besøg er der kun til dels foretaget

indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg	relevante dispositioner – og det er tænkerligt at de nye rammer har ødelagt tidligere tiltags ellers gunstige effekt. Det må imidlertid konkluderes at der indtil fornylig fortsat har været mange akutte patienter på akutsporet, at man ikke er lykkedes med Indføring af mere undervisning, at brug af uddannelsesplaner nok er delvist indført men samtidig at disse planer er uden betydning for dagligdagen. Man har ikke før nu haft en rimelig Introduktion til afdelingen og det er helt klart at man ikke har haft en arbejdstilrettelæggelsen med hensyn til uddannelse.
---	--

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Overordnet må der demonstreres et holdningsskift med retning imod væsentlig og målbar opprioritering af videreuddannelsen på afdelingen. Herunder:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Prioritering af uddannelse i dagligdagen og arbejdsplanlægningen	Aflysninger og ad hoc arbejdsmæssige prioriteringer i tilfælde af sygdom må som udgangspunktet ikke belaste uddannelsesmæssige dubleringer mere end de produktionsmæssige hensyn. UAO kunne med fordel involveres i skemalægningen af yngre læger og dubleringer heraf og denne planlægning skal afspejle uddannelseslægers aktuelle kompetence og uddannelsesmål. Introlæger må således ikke fremover sidde alene med ansvar for cancerpatienter.	< 1 måned
2	Relatere bemanding til uddannelseskapacitet	Justere forholdet mellem uddannelse og produktion relateret til antal læger således at uddannelse kan gennemføres Det vil sige at der enten ansættes yderligere kræfter eller reduceres i produktionen for at tilgodese uddannelsen. Denne proces søges forudgået af en grundig analyse/gennemgang af alle arbejdsfunktioner med det mål at klarlægge hvordan nødvendig progression i læring sikres gennem introduktion, supervision, brug af kompetencevurdering og feedback.	3-6 måneder
3	Uddannelse i ambulatoriefunktion	Indføre regelmæssig struktureret observation (skemalagt dublering) i samtlige ambulatorier, som reservelæger indgår i	3 måneder

4	Uddannelse i stuegangsfunktion	Inddragelse af de uddannelsessøgende læger i den daglige stuegang. Sikre oplæring, supervision og kompetencevurdering (miniCex) ved stuegangsfunktionen	6 måneder
5	Uddannelse i kirurgisk funktion	Den kirurgiske oplæring skal sikres gennem introduktion, supervision og brug af obligatoriske KV metoder. Brug af færdighedstræning og teamtræning indtænkes	3 måneder
6	Vejledersamtaler	Skemalægge vejledersamtaler eller fuldt aflønne samtalerne, hvis de skydes til fritiden Øget fokus på kvalitet i vejledningssamtaler og individuelle uddannelsesplan	3 måneder
7	Fastholde formel undervisning	Morgenkonferencen bør afspejle både produktionsbehov og uddannelsesbehov Udnyttelse af journal/surgical club intensiveres. Uddannelseslæger skal trænes i rollen som underviser/formidler	1 måned
8	Systematisk anvendelse af de obligatoriske kompetencevurderingsredskaber til læring/struktureret feedback	Alle uddannelseslæger og kliniske vejledere sikres viden om redskaberne og oplæres i brugen af disse i praksis	3-6 mdr
9	Samarbejde mellem UAO/UKYLér, hovedvejledere og afdelingsledelsen	Der laves årshjul for ledelsen af uddannelsesopgaven (månedlige møder UAO/UKYL og LO), vejlederfora (UAO/UKYL og hovedvejledere minimum hver 2. måned) og der udarbejdes plan for kompetenceudvikling af alle kliniske vejledere.	1-3 mdr