

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002672
Afdelingsnavn	Akutafdeling
Hospitalsnavn	Regionshospital Nordjylland, Hjørring
Besøgsdato	13-12-2022

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	årshjul for undervisning på afdelingen efter ABCDE
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	24

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Lægelig direktør og UKO
Speciallæger	Ledende overlæge, UAO, 4 øvrige speciallæger (2 vikarer som stopper i starten af 2023, 1 nyansat læge fra Ungarn som får sprogundervisning, 1 fastansat speciallæge)
Uddannelsessøgende læger	5 KBU-læger, 2 introlæger akutmedicin, 1 h-læge almen medicin, 2 h-læger akutmedicin
Andre	2 sygeplejersker fra akutmodtagelsen

Dokumenter

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

Aftaleparter

Ledende overlæge	Marc Ludwig
Uddannelsesansvarlig overlæge	Maika Helena Shakar
Inspektør 1	Anne Marie Høeg Hansen
Inspektør 2	Marie-Laure M A Bouchy Jacobsson
Evt. inspektør 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Akutafdelingen består af en akutmodtagelsen, som modtager pædiatriske, ortopædkirurgiske, abdominalkirurgiske og medicinske patienter, dog modtager uddannelseslægerne i Akutafdelingen kun medicinske patienter samt uvisiterede patienter indbragt med 1-1-2. Akutafdelingen har ligeledes et akutsengeafsnit, hvor uddannelseslægerne går stuegang på de intern medicinske patienter som forventes udskrevet indenfor 48 timer og/eller
-----------------------------------	--

	har øget observationsbehov. Dog har overbelægningen på intern medicinske sengeafdelinger medført, at der er sket en kraftig øgning fra ca 11 til ca 28 medicinske senge, som akutafdelingens læger går stuegang på. Selvevalueringen er foregået om morgenen af 2 omgange, hvor der er brugt ca 20 minutter hver gang. Det har hovedsageligt været KBU-læger, som har deltaget i selvevalueringerne, og 12 ud af 25 uddannelseslæger har haft mulighed for at deltage. Den uddannelsesansvarlige overlæge er meget engageret i uddannelse, er struktureret og forsøger ihærdigt at øge læringen under de rammer, som afdelingen har. Det ses bl.a ved, at KBU-lægerne overordnet er meget tilfredse med uddannelsen på afdelingen, hvor der er fin introduktion til arbejdsfunktioner herunder tid til at følges med sygeplejerske og dermed forståelse af, hvad sygeplejersker laver og øger det gode samarbejde i teamet. Alle KBU-lægerne har tildelt hovedvejleder, holder vejledersamtaler og laver uddannelsesplan. KBU-lægerne får tidligt mulighed for at være med til "rødt kald", hvor de laver ABCDE-gennemgang under tæt supervision af mellemvagten, som er teamleder. KBU-lægerne laver journalen, og det er et trygt læringsmiljø. Der er meget fine uddannelsesprogrammer, og disse understøttes yderligere af flotte og detaljerede årshjul for uddannelseslægerne i akutmedicin. Der er en fin skabelon for uddannelsesplaner, som de fleste uddannelseslæger bruger, og alle uddannelseslægerne har en uddannelsesplan. UAO og UKYL'erne har lavet et virkelig godt og brugbart årshjul for undervisning på afdelingen efter ABCDE, som bliver efterlevet. Derved er alt undervisningen ex i juni/december omkring D-problemer efter fast struktur på ugedagene med henholdsvis praktisk undervisning i ex neurologisk undersøgelse, case eller kahoot ex ketoacidose,
--	---

journal club med forslag til artikler omkring D-problem fra UKYL til gennemgang, tværfaglig teamtræning ex status epileptikus. Dvs er der træning i ABCDE-tankegang, uddannelseslægerne har idé-katolog til hvad man kan undervise i og på hvilken måde det skal foregå, og man sikrer at man kommer igennem relevante emner for en akutmedicinsk afdeling.

Når vurderingen alligevel giver anledning til bekymring skyldes det især, at lægerne i mellemvagtsslaget ikke har en tilfredsstillende og tilstrækkelig uddannelse.

Læring og kompetencevurdering:

Lægerne i mellemvagtsslaget er teamleder ved de "røde kald". I dagtid er det hensigten, at de skal superviseres af akutmedicinsk bagvagt, dog er det meget varieret, hvad der er mulighed for af supervision, da akutmedicinsk BV er optaget med andre opgaver. Ligeledes er der heller ikke konsensus om blandt bagvagterne, hvordan supervisionen skal foregå. Fysisk sidder akutmedicinsk bagvagt/flowleder et andet sted end uddannelseslægerne, hvorved det også giver en barriere i forhold til sidemandsoplæring. Fra om eftermiddagen til næste morgen er mellemvagten den mest erfarne læge i akutafdelingen og har ansvaret for flow, supervision af forvagterne, teamleder ved kritisk kald og ser derudover andre intern medicinske patienter i

Akutmodtagelsen. Medicinsk bagvagt kan tilkaldes ved behov, men er sjældent i akutafdelingen i aften- og nattevagterne på trods af, at der er lavet en samarbejdsaftale herom. Der er en del aften- og nattevagter for lægerne i mellemvagtsslaget og dermed mindre dagtid, hvorved læringen af kompetencerne sker uden mulighed for supervision.

Til stuegang på akutsengeafsnit er der 1 akutmedicinsk BV til stede, hvilket medfører, at der er sparsom supervision, og især nu hvor sengeafsnittet er udvidet betydeligt til 28 sengepladser til intern medicinske patienter.

	Kompetencevurderingen for lægerne i mellemvagtslaget er sporadisk, og der bliver sjældent brugt kompetencevurderingskort/kvalifikationskort/mini-CEX som det fremgår af uddannelsesprogrammerne. Årsagerne er de samme som ovenfor med akutmedicinske BV, som bruger meget tid på administrative opgaver, ingen konsensus om hvordan det skal foregå, ingen mulighed for supervision i aften- og nattevagter pga manglende tilstedeværelse af bagvagter, meget arbejdstid går med aften- og nattevagter for mellemvagterne og dermed mindre dagtid sammen med akutmedicinske bagvagter og stort pres til stuegang på akutsengeafsnit uden tid til kompetencevurdering. Konferencernes læringsværdi: Morgenkonferencen er ændret for nyligt, så der nævnes de patienter, som er kommet ind i løbet af aften- og nattevagterne, hvor alle lægerne har fået en seddel med navne på patienterne, så de kan skrive til, hvis der er noget brugbart i opremsningen. Både lægerne i forvags- og mellemvagtslaget synes ikke, at de kan bruge informationerne til noget, da nogle læger går hjem efter vagt, andre skal være i akutmodtagelsen og øvrige ved ikke, om de får patienterne til stuegang, så de hører om patienter, uden at de ved, om de skal forholde sig til det. Uddannelseslægerne ser gerne, at morgenkonferencen ændres, så der kommer mere læring, hvor der kun nævnes 1-3 cases mhp læring eller hvis der er enkelte patienter, hvor der skal være særlig opmærksomhed omkring. Ved middagskonferencen for stuegangsgående læger nævnes alle patienter kort af den enkelte stuegangsgående læge. Det står uklart for uddannelseslægerne, hvorfor alle patienterne skal nævnes, da nogle patienter er fuldstændig afklaret, da man har konfereret om patienten tidligere, og speciallægen nævner også kort sine patienter uden at det giver læring for uddannelseslægerne. Nogle mener, at
--	--

årsagen er, at sygeplejerskerne derved får overblik over kapaciteten, men dette er uvist. Man kunne med fordel kigge på konferencerne for at blive klar over, hvad formålet med dem er og få dem struktureret herefter, så det giver læring for uddannelseslægerne.

Arbejdstilrettelæggelse:

Der er stor variation af uddannelsesniveaue for lægerne i mellemvagtsslaget fra en introlæge i akutmedicin som kommer fra KBU i et kirurgiske speciale til en h-læge i akutmedicin, som har været h-læge i 3 år. Alle lægerne forventes dog at kunne varetage mellemvagtsfunktionen i akutmodtagelsen.

Der bør i arbejdstilrettelæggelsen tages hensyn til, at der skal gives flere dagvagter for yngste mand uden medicinsk erfaring, så der kan ske en oplæring og gives supervision i at varetage "rødt kald", flow og modtagelse af den intern medicinske patient. Hvis man ikke har medicinsk erfaring på forhånd, kunne man også med fordel være forvagt i den første tid, inden man bliver mellemvagt.

Ligeledes bør der tages hensyn til, at man som ny læge på afdelingen altid har dagvagt inden man går i aftenattevagt, da man som læge i mellemvagtsslaget står med stort ansvar. UAO overvejer at lave et "kørekort" til "rødt kald", så man har fået et vist antal superviserede "røde kald", inden man går i aftenattevagter, hvilket vil være et godt løft af læringen.

De akutmedicinske bagvagter/flowledere bruger en del af deres tid med administrative opgaver. En del af disse administrative opgaver kunne man med fordel kigge på, om de er hensigtsmæssige. Bagvagten læser skadekort igennem for ambulante patienter, som er afsluttet. Det kan formentlig fjernes/reduceres, så ex alle de skadekort, hvor der er konfereret med mere senior læge kommer væk.

Ligeledes få kigget på strukturen omkring prøvesvar som skal signeres. De prøvesvar, som kommer fra specialer, som de akutmedicinske uddannelses- og speciallæger ikke har

har været involveret i, kunne blive sorteret fra og videregivet til de relevante specialer. Ligeledes kan der med fordel laves en struktur, så prøvesvarene for de patienter, som er gået til indlæggelse i Medicinerhuset, skal de intern medicinske læger signere prøvesvarene på fra akutmodtagelsen, når de alligevel går stuegang på patienterne. Derudover er funktionen som flowleder, som speciallægerne synes er uhensigtsmæssig, da den ikke opnår formålet i forhold til at kunne give patienterne et bedre tilbud end modtagelsen i akutmodtagelsen. Ved at fratage de administrative opgaver fra akutmedicinske speciallæger, ville det kunne frigive mere tid til sidemandsoplæring/supervision/kompetencevurdering.

Forskning:

Forskning er et område, som ved selvevalueringen er blevet vurderes særdeles problematisk. Afdelingen har kun få speciallæger, og det er en stor opgave, som er svær at løfte. Den ledende overlæge står som forskningsansvarlig overlæge, og han har også mange andre ledelsesopgaver. Afdelingen har fået etableret journal club hver 2. uge med gennemgang af artikler, så de får på den måde evidens baseret medicinsk læring. Der er dog nu h-læger i akutmedicin ansat på afdelingen, som skal understøttes i deres mulighed for at lave forskning, også som en del af deres obligatoriske forskningstræning. For at få lavet et forskningsmiljø kunne man lave en idébank til kasuistikker og små forskningsprojekter, så det er forholdsvis nemt at få gang i et projekt. Det kunne være med hjælp fra forskningscenteret på sygehuset eller få hjælp fra andre akutafdelinger fra andre sygehuse til at komme og inspirere. Lave stillinger med mulighed for deltidsforskning for både speciallæge og ex introlæge med halv tid forskning og halv tid i klinikken kunne måske også være muligt.

Medicinsk ekspert:

	Introlægerne i akutmedicin har i løbet af deres 12 mdrs uddannelse stor fokus på den intern medicinske patientgruppe både i akutmodtagelsen og på akutsengeafsnit. I løbet af deres ophold får de 4 ugers fokuseret ophold i skadestuen med fokus på ortopædkirurgiske patienter. Introlægerne får ikke berøring med organkirurgiske patienter, da disse patienter ikke tilses af de akutmedicinske læger. Derved har introduktionslægerne svært ved at opnå deres delkompetencer omkring mavesmerter og akut blødning. Der arbejdes hen i mod fra afdelingens side, at introlægerne i akutmedicin fra foråret 2023 får adgang til de organkirurgiske patienter i akutmodtagelsen. Professionelle rolle Der er 5 speciallæger på afdelingen udover ledende overlæge, hvor 2 af lægerne er på nedsat tid, 1 er ansat i 3 mdrs vikariat og 1 anden vikarlæge stopper slutningen af januar. Derudover ansat en ungarnsk læge, som er i gang med sprogundervisning. Speciallægerne bruger meget af deres tid som akutmedicinsk bagvagt med administrative opgaver. Uddannelseslægerne i mellemvagslaget har sparsom kontakt med speciallægerne, så uddannelseslægerne har svært ved at se den gode akutmedicinske rollemodel. Derfor er den professionelle rolle vurderet tilstrækkelig fremfor særdeles god, som selvevalueringen havde påført. Læringsmiljøet: KBU-lægerne har et trygt læringsmiljø, hvor lægerne i mellemvagslaget er mere udfordret, da de står med stort ansvar alene i aftenattevagterne. Derfor er læringsmiljøet vurderes lavere end hvad selvevalueringen viste.
Status for indsatsområder	1. morgenkonferencernes læringsværdi Er stadig et fokusområde

	2. bedre abdominalkirurgisk tilknytning til FAM og forbedret supervision Akutafdelingen ser ikke længere abdominalkirurgiske patienter, så det er ikke aktuelt længere. Det skal dog være et område, som skal kigges på i forhold til, at introlægerne i akutmedicin skal have et kirurgisk fokuseret ophold fra foråret 2023 3. dagvagten afsluttes til tiden KBU-lægerne synes fortsat at det er jævnlige, at de bliver ekstra tid 4. strukturering af kbu-lægerne rolle ved "rødt kald" Er løst for KBU-lægerne 5. Skemalagt tid for UAO og UKYL Både UAO og UKYLér har skemalagt tid til uddannelsesopgaver.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Supervision af lægerne i mellemvagtsslaget Forslag til indsats: A. Frigøre tid for BV i akutmodtagelsen Dagtimerne: ☐ Afskaffe nogle af BV' administrative opgaver 1. gennemlæsning af skadekort kan fjernes eller reduceres 2. prøvesvar signering kan reduceres til absolut nødvendige a. videresende svar som hører til andre specialer b. Frasortering af negative podninger. Opgaven kan evt gives til en sekretær. ☐ Retvisende funktionsbeskrivelse for BV i modtagelsen og implementere den, så der bliver konsensus om opgaven ☐ Fysisk placering af bagvagten i modtagelsen. Vi anbefaler at sidde tæt på MV. ☐ MV skal superviseres til rødt kald: kørekort er en god idé. ☐ Speciallæge som flowmaster, vurdere om det giver værdi at bruge speciallægetid til flowmasterrollen til at

vurdere om patienterne, som er meldt til akutmodtagelsen, kan ændres til andet tilbud

Aftennattetimerne

☐ Implementeringen af samarbejdsaftale med medicinsk BV som skal være i tilstedeværelse i Akutmodtagelsen.

☐ Evt. tilbud af en ekstra vagt til supervision på frivillig basis f.eks. med FEA aftale hvor speciallæger kommer fra kl. 15.30 udelukkende til supervision ex intern mediciner, kardiolog, anæstesi, almen mediciner

B. Undersøge muligheden for at intern medicinske uddannelseslæger får funktion i akutmodtagelsen i aftennattevagter, så der kan blive mere tid til dagfunktion for akutafdelingens uddannelseslæger, hvor der er mest læring og supervision

Tidshorisont: 6 mdr

Nr. 2

Indsatsområde: Kompetencevurdering af lægerne i mellemvagtslaget

Forslag til indsats:

Samme forslag til løsning som under supervision

Tidshorisont: 6 mdr

Nr. 3

Indsatsområde: Morgen og middagskonference med øget læringsværdi

Forslag til indsats:

	☐ Morgenkonf. kun gennemgang af relevante patienter hvor der er læringsværdi eller særlig opmærksomhed. ☐ Middagskonf.: Lave en vurdering af, hvad formålet er med middagskonferencen. Hvis der skal være læring i middagskonferencen, skal der laves struktur herom som ex ved morgenkonferencen. Tidshorisont: 3 mdr Nr. 4 Indsatsområde: Forskning skal styrkes Forslag til indsats: ☐ Idebank med små forskningsprojekter eller cases til kasuistikker ☐ Hjælp fra forskningscenter med vejledning i forhold til ovennævnte ☐ Invitere forskningsansvarlig fra ex Akutafdelingen i Ålborg mhp inspiration og ideer ☐ Oprette delestillinger ex introduktionslæge og/eller speciallæge med delvis klinik og delvis forskning Tidshorisont: 1 år Nr. 5 Indsatsområde: Introlægerne i akutmedicin skal modtage organkirurgiske patienter Forslag til indsats: ☐ Fokuseret ophold ex 4-6 uger med funktion i akutmodtagelsen i modtagelsen af de kirurgiske patienter
--	---

	☐ Lave aftale omkring hvordan og af hvem supervision og kompetencevurdering ved kirurgiske patienter skal foregå Tidshorisont: 6 mdr
--	--