



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Skånes Universitetssjukhus

Klinik

Kärlkirurgi

Specialitet

2018-11-07 – 2018-11-08

Datum

Lund

Ort

Per Skoog och Pär Olofsson

Inspektörer

Styrkor

- Föredömligt patientorienterad organisation
- Multidisciplinärt
- Egna angiologer, radiologer, BMA
- Egna angiolabmed personal
- Mycket bra lokaler, samlad enhet med geografisk närhet till all verksamhet
- Bra egen arbetsplats med egen dator för ST
- I grunden ett positivt utbildningsklimat
- Regionalt samarbete kring kirurgiskt basår
- Välutvecklad verksamhet vad gäller samarbete med andra discipliner (diabetes, njurmedicin, neurologi, endokrinologi, kärllmissbildningar, thoraxkirurgi)
- ST deltar fullt ut i kärlljournlinje med kvalificerad back-up
- Högprofilerad och framstående endovaskulär verksamhet
- Positiv inställning till forskning
- Bra tillgång till referenslitteratur
- Individuella ST-kontrakt finns

Svagheter

- De individuella ST-kontrakten och Utbildningsprogrammen är i flertalet fall upprättade långt efter att ST-läkaren påbörjade sin utbildning
- Har för få öppna kärllirurgiska ingrepp för att kunna uppfylla målbeskrivningen
- För många ST-läkare i relation till verksamhetens omfattning
- Handledarkontrakt saknas, vilket inte är ett formellt krav men som i sammanhanget bedöms vara en svaghet
- Varierande förekomst av planerade handledarsamtal som dokumenteras (råd: minst 1g/mån)
- Inga handledarträffar på kliniken
- Verktyg för bedömning finns men används ej
- Handledningen kan vara mer strukturerad, bättre följa det individuella utbildningsprogrammet och mallar för återföring används ej
- Utbildningsprogrammen är inte tidsbundna och revideras sällan
- Skriftliga kontrakt för sidoutbildning saknas. Införande av sådana kan vara av stort värde för att säkra vad en ST-läkare får med sig från en sidoutbildning
- Flera ST-läkare uppfattar att introduktionsprogram saknas i praktiken
- Bemanning, för få seniora specialister i relation till antalet ST-läkare
- Mellanskikt av specialister saknas helt
- Slagsida öppet/endo vilket uppfattas påverka ST-utbildningen påtagligt
- Studierektor saknades i praktiken under en längre period men är nu tillsatt
- Avsaknad av gemensamma pre/postop patientgenomgångar (konferens), för lite teoretiska diskussioner om aktuella fall
- Enkäten antyder att det kan finnas skäl att se över om det förekommer negativ särbehandling (t.ex. på grund av: kön, etnicitet, religion, politisk uppfattning, ålder, sexuell orientering eller annat) vid kliniken.
- Utvecklingen av ST-läkarnas ledarskapskompetens saknar kontinuerlig handledning och återkoppling
- ST ansvarar enligt överenskommelse för dokumentation av handledarsamtalen men verkar inte skötas och kontrolleras fullt ut
- ST-läkarna bedöms inte formellt i tillräcklig utsträckning

Förbättringspotential

- Strukturerad plan för hur tillgodose kraven på tillgång till öppen kirurgi. Exempelvis omprioritering av metodval egen klinik o/e kontrakt utbildning i öppen kärlkirurgi vid annan klinik/annat sjukhus?
- Upprätta ST-kontrakt och utbildningsprogram vid ST-tjänstens start som är korrekt daterade och undertecknade av relevanta tjänsteinnehavare
- Generösare tilldelning av tillgängliga öppna ingrepp till förmån för ST. Ge kniven vidare!!
- För framtiden undvika att ha för många ST relaterat till tillgängliga seniora specialister
- Skriftligt kontrakt för sidoutbildning
- Individuella samtal om eventuella negativa särbehandlingsproblem
- Förbättra teoretisk utbildning genom att införa pre-/postop falldiskussioner
- Förbättra introduktion av ST, använd befintligt introduktionsprogram
- Se över handledarfunktionen
- Handledarkontrakt
- Handledarträffar
- Tätare och mer regelbundna och strukturerade handledarsamtal
- Bättre återkoppling till ST med hjälp av befintliga verktyg
- Tidsbunden uppföljning och planering av att utbildningsplanen hålls med tillhörande regelbunden revision av planen (minst 1g/år)
- Handledning och återföring inom ledarskapskompetens
- ST´ s ansvar att dokumentera handledarsamtal bör kontrolleras och följas upp

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten omfattar kärllkirurgi, medicinsk angiologi samt radiologisk kärldiagnostik och intervention.

Sektionen för Kärllkirurgi, "Kärlcentrum", ingår sedan 2 år i Verksamhetsområde (VO) Thorax och Kärl. Verksamhetschef för VO är Lars Algotsson, Thoraxanestesiolog. VO´s hela administration inklusive verksamhetschefen har sitt säte i Lund. Kärlcentrum har en egen Sektionschef, Docent Tim Resch, med enligt utsago en tjänstebeskrivning som i princip ger honom en Verksamhetschefs befogenheter över Kärlcentrum. Detta ska inkludera exempelvis en delegation att godkänna när en ST-läkare i Kärllkirurgi kan anses vara färdigutbildad och kompetent att ansöka om att bli specialist. Sektionschefen har personalansvar, inklusive lönebudgetansvar, för alla läkare. Det finns sjukhus- och regionsövergripande skriftliga riktlinjer för hur specialistutbildning ska genomföras och utvärderas. Kärlcentrums primära upptagningsområde omfattar ca 754377 (2015) invånare. Det regionala ansvaret omfattar totalt 1,65 miljoner människor.

Samarbetet med övriga sjukhus i regionen uppfattas av de som är verksamma vid Kärlcentrum Malmö som mycket gott. Samarbetet inom regionen är under uppbyggnad och långt framskridna planer finns på exempelvis journalsamverkan. I nuläget har Kärlcentrum den enda formaliserade Kärljouren i regionen. Verksamheten är idag uppbyggd och organiserad på ett avundsvärt bra sätt med egna specialister i medicinsk angiologi och radiologi samt egen biomedicinsk analytiker (BMA) och därtill mycket ändamålsenliga och extremt väl samlokaliserade lokaler. Se nedan.

Kärlcentrum har en betydande verksamhet som är mycket starkt profilerad mot endovaskulär metodik. För att få en uppfattning av hur många ingrepp kliniken ST-läkare exponeras för har vi begärt operationsstatistik dels från kliniken och dels från respektive ST-läkare. Vi har valt att använda statistiken för helår 2017 för jämförelse. Antalet patienter är stort nog inom de olika diagnosgrupperna för att utbilda ST-läkare men inte som nu 6 ST-läkare samtidigt. Tillgången på endovaskulära ingrepp är mycket god även för det aktuella antalet ST medan tillgången på öppna ingrepp för aortaaneurysm definitivt inte är tillräcklig för att målbeskrivningen ska kunna uppnås ens om man hade bara en ST-läkare under utbildning. Endast 4 % av bukaortaaneurysmen (4 av totalt 93) åtgärdas med öppen operation och hela 96 % med endovaskulär teknik. Vår tolkning är att det fattats ett aktivt beslut om att nedgradera utbildningen i öppen aortakirurgi på ett sätt som inte är i överensstämmelse med de gemensamma beslut som tagits inom SSVS angående vad en nybliven specialist i Kärllkirurgi ska klara. Enligt vår bedömning kan inte ST-läkarna nå en nivå motsvarande "kunskap" om öppen operation av bukaortaaneurysm. I SSVS Utbildningsbok 2016 anges angående aortakirurgi att ST-läkaren efter fullbordad utbildning ska ha "kunskap" dvs kunna utföra öppet- och endovaskulärt ingrepp som aktiv operatör men med erfaren assistans. Intressant att notera i detta sammanhang är också hur ST-läkarnas kontrakt och utbildningsprogram är formulerade avseende aortakirurgin. I de aktuella kontrakten har Kärlcentrum valt att höja ribban till "behärska" dvs kunna utföra

ingreppet helt på egen hand för endovaskulär operation av aortaaneurysm samtidigt som man i praktiken har en utbildningsorganisation som inte alls uppfyller kravet om "kunskap" för öppen kirurgi.

Vad gäller behandling av extremitetsischemi är situationen i grunden densamma med en klar övervikt för val av endovaskulär behandling, drygt 80%, vilket ger ca 70 öppna ingrepp tillgängliga för utbildning i öppen kirurgisk behandling av artärsjukdom i extremiteterna.

För carotissjukdom däremot gör man undantagsvis valet av endovaskulär behandling och den absoluta merparten behandlas med öppen kirurgi.

Utöver ovanstående utförs ett antal (ca 120) accessingrepp för dialys, ett stort antal venportar samt diverse omläggningar.

Vi noterar att ST-läkarnas operationsstatistik återspeglar den uppenbara bristen på exponering för öppen aortakirurgi samt behovet av att prioritera ST-läkarnas aktiva deltagande som operatörer vid öppna kärtingrepp i nedre extremiteten. Det förekommer att ST-läkarna varit assistent på mellan 20 och 30 friläggning av femoralisartär eller kärlnastomos men står som operatör endast 2-3 ggr. Sammantaget är vår bedömning att tillgången på öppen kirurgi inom framför allt aortakirurgi men även andra öppna typingrepp i nedre extremiteten, inte är tillräckligt stor för att målbeskrivningen ska kunna uppnås. I SSVS' Utbildningsbok daterad 31/10 2016 definieras kompetensområdet med bl a texten: "Det är centralt att läkaren har färdigheter i öppen-och endovaskulär operationsteknik". Man uppger att ST-läkarna skickas till kollegor man känner vid andra sjukhus fr. a. i regionen när de har op-program som är av värde för ST-läkarna. Ett sådant informellt system kan inte anses uppfylla de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Det finns ett välfungerande samarbete, inkluderande även multidisciplinära konferenser, med endokrinologi, neurologi, ortopedi, njurmedicin, thoraxkirurgi, intensivvårdsavdelningen (IVA) samt kärllmissbildningar.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.



Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.



Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har totalt 20 läkare varav antalet ST-läkare i kärnkirurgi är 6 stycken. Läkarstaben är mansdominerad med endast 1 kvinnlig specialist i kärnkirurgi. Av de 6 ST-läkarna är 2 kvinnor.

Fem av ST-läkarna utbildas enligt 2015 års föreskrifter och en enligt 2008. Flera har utländsk läkarutbildning och har gjort sin allmänkirurgiska utbildning i utlandet. De har kommit olika långt i sina kärnkirurgiska ST-block. De flesta har startat 2015-16. Tre förväntas vara klara under 2019.

Sju är specialister och överläkare i Kärnkirurgi varav 1 är professor med 20% klinisk tjänst, 1 har andra uppdrag och bara 20% klinik, Sektionschefen har 50% klinik och 50% administration övriga 4 har 100% klinisk tjänst. Fem är docenter, 2 medicine doktor och 1 doktorand.

Tre är specialister i internmedicin varav 1 är professor, 1 docent och 1 medicine doktor. Man har även en ST-läkare inom angiologi. En är specialist i radiologi och doktorand. Inom diagnostik har man även en BMA anställd för fysiologisk kärldiagnostik med framförallt ultraljud

Kärncentrum har nyligen genomgått en besvärlig period på ca 5 år som inleddes med att 4 specialistkompetenta överläkare slutade. Försök att rekrytera ersättare har inte varit framgångsrika. Detta har medfört en extrem arbetsbelastning för de kvarvarande 5 överläkarna avseende såväl kliniskt arbete som undervisning och forskning. Man saknar 3-4 specialister i ett "mellanskikt" av avdelningsläkare. Relationen mellan antalet ST-läkare och tillgängliga äldre specialister är på gränsen till vad som är rimligt. Trots detta uppfyller man de formella kraven för tillgång på specialistkompetent handledare samt dito studierektor.

Studierektorn, som tillträdde sin tjänst så sent som i maj 2018, är specialist i internmedicin med inriktning på medicinsk angiologi men detta har enligt utsago godkänts av övergripande studierektorer på SUS. Studierektorn har en skriftlig uppdragsbeskrivning med 20 % arbetstid avsatt för uppdraget.

Kärncentrum har ofta ett par vikarierande underläkare som prövas inför eventuell ST-tjänst. Detta är bl a en strategi för att minska bördan av avdelningsarbete för ST-läkarna och möjliggöra för dem att delta i annan verksamhet exempelvis olika ingrepp.

Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Kärlsektionen har tillgång till 2 egna angio-/interventionssalar och 2 hybridsalar. För öppen kirurgi har man 1 operationssal måndag-fredag och ytterligare 1 tisdagar samt 1 varannan torsdag. Vårdplatser (22 st), IVA platser (2 st) och postoperativa platser finns i relation till den operativa verksamheten

Interventionsenheten som helt administreras av Kärllaboratoriet är utrustad med 3 dagvårdsplatser samt en mycket välutrustad granskningsenhet i direkt anslutning till angiolaben.

Öppenvårdsverksamheten är stor och är liksom Kärllaboratoriet med ultraljudsdiagnostik lokaliserad i direkt anslutning till vårdavdelningen. Man har ca 1200 nybesök och 1900 återbesök per år på läkarmottagningen men har också en sköterskemottagning som producerar ca 2500 sköterskebesök årligen. I mottagningens lokaler finns också 2 rum avdelade för screeningmottagning för bukaortaaneurysm. Samlokaliseringen av dessa delar av verksamheten är helt idealisk. Allt administreras av Kärllaboratoriet självt.

Frånsett att Verksamhetschefen och hans administration sitter i Lund är Kärllaboratoriets administrativa lokaler mycket väl samlade och ändamålsenliga. Här sitter Sektionschef, Professor, sekreterare och koordinatörer och läkarna samlade med eget konferensrum och tillgång till personalrum. ST-läkarna har tillgång till egen arbetsplats med egen dator och eget omklädningskåp i förhållandevis väl tilltagna rum. Tillgången till IT-stöd, bibliotek samt vetenskaplig databas är mycket god.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggning

Innehållet i målbeskrivningen är känt av såväl Sektionschef, studierektor, handledare och ST-läkare och det finns skriftliga riktlinjer för hur den ska uttolkas. Det finns även bra och tydliga regionala riktlinjer för hur bedömning ska ske. Utbildningen följer i stora drag målbeskrivningen. Undantaget är den relativa bristen på tillfällen till träning i öppen kirurgi, framför allt aortakirurgi, som tydligt utgör ett område där en heltäckande lösning för måluppfyllelse saknas.

Som Kärilcentrum är organiserat erhåller ST-läkarna en högklassig träning i endovaskulär teknik. De får också en bra träning i bildbedömning av såväl konventionella angiografier som CT och MR. De tillåts även, som alla läkare vid kliniken, att utfärda röntgenutlåtanden som dock rör endast kärilpatologi. I dessa utlåtanden finns alltid en tydlig reservation för att annan patologi inte kan bedömas. Förfarandet har granskats och godkänts av sjukhusledning och regionsansvariga inklusive jurister. Flera av läkarna (både specialister och ST) upplever dock viss ambivalens rent etiskt och ansvarsmässigt då de utför arbetsuppgifter som man inte uppfattar sig ha formell kompetens för exempelvis levererar svar på CT och MR där annan patologi än kärilsjukdom kan förbises.

Alla ST-läkarna uppvisar ett kontrakt och ett individuellt skriftligt utbildningsprogram som upprättats tillsammans med respektive handledare och undertecknats av båda parter samt sektionschef och studierektor men har inte daterats vid signeringstillfället. I fem av de sex fallen är kontrakt och utbildningsprogram daterade efter september 2018 och av en studierektor som inte haft den funktionen förrän i maj 2018 trots att ST-blocken har pågått sedan 2015-16. Utbildningsprogrammets utformning följer dock i stort Socialstyrelsens föreskrifter men ur ett SPUR-perspektiv går det således inte att avgöra om dessa har varit tillgängliga från start av ST. Vi bedömer att programmen inte följs upp regelbundet och vid behov revideras på föreskrivet sätt i samarbete mellan handledare och ST. Detta gäller framför allt den kliniska operativa delen där man kan önska en striktare uppföljning med dokumentation av utförda och godkända moment samt en tydlig plan för var, hur och inom vilken tidsram kvarvarande mål ska nås.

ST-läkarnas tjänstgöring innefattar en adekvat del jourtid. ST deltar i kärljouren och har bra tillgång till bakjour på överläkarnivå med lång erfarenhet. Förutom under sitt kirurgiska basår deltar ST-läkarna inte i allmänkirurgisk jourlinje.

Kirurgiskt basår samt sidoutbildning tillgodoses på ett tillfredställande sätt på det egna sjukhuset men även på andra sjukhus i regionen. Undantaget är de som redan har gjort sin kirurgiska basutbildning i annat land.

Studierektorn har uppvisat dokument som utgör ett till synes godkänt underlag för introduktion av ST-läkare när de påbörjar sin anställning. Däremot är den unisona uppfattningen bland ST-läkarna att det saknas introduktionsprogram. Vår uppfattning är att det skriftligt formulerade programmet bör implementeras på ett striktare sätt och dess praktiska tillämpning förbättras, gärna i samarbete med de nu tjänstgörande ST-läkarna.

Sektionen har relativt ofta anställda vikarierande underläkare för vilka det dock saknas utbildningsprogram och handledning.

I våra individuella intervjuer av alla 6 ST-läkarna framkommer inget som antyder förekomst av diskriminering på någon grund. Kvinnliga ST-läkare kunde antyda att det finns en "grabbig" attityd som dock uppfattades hanterbar och alla upplevde sig ändå i stort lika behandlade oavsett kön. I den anonyma enkäten redovisas dock att en av ST-läkarna anser att den upplevt hinder att uppnå utbildningsmål pga av sin bakgrund (t.ex. avseende kön, etnicitet, religion, politisk uppfattning, ålder, sexuell orientering eller annat) samt att man upplevt att handledaren inte gett sitt aktiva stöd för att uppnå målen pga samma skäl.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Varje ST-läkare har en utsedd huvudhandledare som har genomgått föreskriven handledarutbildning och som är anställd vid samma arbetsplats. Två av handledarna är docenter, 1 är medicine doktor och 1 är doktorand. Två av handledarna ansvarar för 2 ST-läkare vardera vilket med tanke på det läkarbemanningsproblem, med dithörande extrem arbetsbelastning, som redovisats kan befaras påverka ST-läkarnas handledning negativt. En stor del av handledningen sker fortlöpande under det dagliga arbetet. Handledarkontakten sköts av ordinarie handledare även under sidoutbildning. Regelbundna handledarsamtal med inbokad och avsatt tid är överenskomna i ST-kontraktet men med varierande frekvens (2 -10ggr/år). Vanligast är att man har samtal med avsatt tid 3 ggr per termin. De rekommendationer som ges i SOSFS 2015:8 har uttolkats av Lipus/SPUR-experten (SPUREX) som att "regelbunden handledning" för ST-läkare inom slutenvård innebär schemalagd handledning minst en gång per månad. I ljuset av det är planerad handledning 2ggr/år att anse som alldeles för sällan. Handledningen ska utgå från det individuella utbildningsprogrammet vilket drygt hälften av ST-läkarna anser att den gör. Samtalen dokumenteras enligt överenskommelse av ST-läkaren själv.

Enligt de allmänna råden ska bedömning av ST-läkarens utveckling göras med på förhand kända och överenskomna metoder samt fortlöpande under ST-tiden. Regionen har mycket tydliga och bra instruktioner över vilka metoder som ska användas och hur bedömningsgrunderna ser ut men dessa har inte följts vid kliniken. Enligt Region Skånes egna rekommendationer ska ST-läkaren bedömas med på förhand angivna metoder 6 gånger per år och mer omfattande bedömning med exv. 360-graders bedömning, Specialistkollegium eller liknande några gånger under ST-perioden. Vid Kärllcentrum håller verksamhetschefen utvecklingssamtal 1-2 ggr per år med ST läkaren och bedömer ST-läkarnas kompetensutveckling tillsammans med handledarna i samband med specialistkollegiet som man enligt uppgift har en gång per år. Någon annan strukturerad bedömning av ST-läkarna sker inte.

Sammanfattningsvis uppfattar vi att den schemalagda handledningen för ST-läkarna vid Kärllcentrum sker för sällan. Att Specialistkollegium hålls en gång per år är mycket bra och kan kompensera för att man hittills inte använt bedömningsverktyg i egentlig mening. Dock bör bedömningssamtal av handledare hållas oftare än idag (Regionen själv rekommenderar 6 ggr/år). Här har alltså en tydlig skärpning skett i senaste föreskriften om ST-utbildning från Socialstyrelsen. På grund av för få planerade handledningstillfällen samt för få strukturerade bedömningar under året av ST-läkarna uppfyller inte Kärllcentrum de krav som ställs av Socialstyrelsen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Kärlcentrum i Malmö har en lång historia av att vara en universitetsklinik som ligger i framkant med kunskapsutveckling inom området kärlkirurgi och angiologi vilket historiskt även har spillt över på ST-läkare vid kliniken. Det fanns tidigt en kärlnurra för regionens ST-läkare och senare egna internutbildningar med "state-of-the-art"-tema.

Dock har det, möjligen på grund av dålig bemanning, inte genomförts lika mycket regelbunden intern teoretisk utbildningsaktivitet riktad mot ST-läkarna de senaste åren. Varje onsdag har man en Journal Club där ST-läkare och ibland andra läkare vid kliniken redovisar ny vetenskap. Därutöver har flera av handledarna tagit initiativ att enskilt med sin ST-läkare uppmana och planera för inläsning av kapitel ur teoretisk lärobok inom kärlkirurgi som diskuteras vid särskilda träffar. Någon gemensam läsecirkel bland ST-läkarna eller annan organiserad teoretisk utbildning bedrivs inte. Dock har ST-läkarna 1 timma per vecka avsatt för instudering.

Professorn i kärlkirurgi är inte på ett strukturerat sätt engagerad i den teoretiska utbildningen av ST-läkarna. Studierektorn är inte engagerad i att samordna de egna ST-läkarnas externa utbildning via kurser eller dylikt. Dock upplever ST-läkarna att det prioriteras av sektionschefen att de frigörs för externa kurser eller annan extern utbildning.

Ur utbildningssynpunkt är det särskilt viktigt att alla patienter som behandlas utnyttjas maximalt för diskussioner pre- och postoperativt i form av terapikonferenser där olika alternativ tas upp liksom M&M konferenser vid vilka metodval, förlopp och eventuella komplikationer prestigelöst kan diskuteras. Dessa konferenser är dessutom utmärkta tillfällen för att gemensamt optimera fördelningen av de olika patienterna och de ingrepp de ska genomgå ur ett ST-perspektiv. Nuläget beskrivs som att ST-läkaren endast exponeras för terapidiskussioner som rör vederbörandes egna patienter och att man "missar" mycket lärorika diskussioner om övriga patienter.

Majoriteten av ST läkarna uppger att de själva har samordnat sin interna och externa utbildning utan stöd av studierektorn. Sammantaget uppfyller således Kärlcentrum inte de av Socialstyrelsen föreskrivna kraven för teoretisk utbildning som ska vara planerad i enlighet med målbeskrivningen samt följa den plan som definieras i de individuella utbildningsprogrammen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Förutsättningarna för att tillskansa sig ett medicinskt vetenskapligt förhållningssätt samt att utveckla kunskaper inom kvalitetsutveckling får anses som mycket goda vid Kärllcentrum Malmö.

Av de 6 ST-läkarna är 1 nyligen disputerad (dock vid annan institution) och 4 stycken anmälda som doktorander med god progress i sin vetenskapliga produktion och med flera publicerade arbeten. Den sjätte ST-läkaren har erbjudits möjlighet att forska och har en plan för sitt vetenskapliga arbete. Alla 6 ST-läkarna har planerat, påbörjat eller genomfört ett kvalitetsarbete. Däremot är enligt enkäten nästan hälften mindre nöjda med återkopplingen inom sitt kvalitetsarbete.

Att så många av de seniora läkarna på Kärllcentrum är forskarutbildade och handledarkompetenta inom forskarutbildning samt att det dessutom finns företrädare för olika vetenskapliga discipliner runt kärllpatienten ger ur ett medicinskt vetenskapligt och kvalitetsarbets-perspektiv närmast optimala förutsättningar för ST-läkarna. Vi uppfattar att det är en aktiv forskarmiljö där vetenskap diskuteras regelbundet och där ST-läkarna exponeras för att kritiskt granska vetenskap.

Sammantaget uppfyller Kärllcentrum de av Socialstyrelsen föreskrivna kraven för medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Region Skåne har ett väl genomarbetat program för dess ST-läkare och det finns en regional hemsida där checklistor för handledning samt mallar för återkoppling efter rondarbete, efter presentationer etc. finns lätt nåbara. Vidare finns via hemsidan lätt tillgängligt tips och instruktioner rörande flera bedömningsverktyg när läkare under utbildning ska bedömas exempelvis gällande ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens.

Genomgående vid våra intervjuer av ST-läkarna vid Kärll centrum uppgavs att deras handledare eller annan instruktör sällan eller aldrig använt dessa verktyg i samband med ST- utbildning. Ledarskapskompetens var också något som genomgående belystes mycket lite i samband med handledarsamtal och majoriteten av ST-läkarna saknade formell återkoppling.

Flera av ST-läkarna hade genomfört eller var planerade för en regional kurs-serie som kallades "Styrkelyftet" och som var avsedd att täcka in delmål 1-9 i målbeskrivningen för ST-läkare, de sk. "a och b-målen" där ledarskapskompetens och kommunikationsförmåga övas. Vidare fick ST-läkarna träna i kommunikativ förmåga i samband med att de presenterade vetenskap på "journal-club" eller som led i sin doktorandutbildning.

Sammantaget kompenserar inte den regionala kursen eller doktorandutbildningen för den genomgående brist på återkoppling på ledarskapsförmågan hos ST-läkaren som noterats vid den kliniska tjänstgöringen under handledning. Därför uppfyller inte Kärll centrum de av Socialstyrelsen föreskrivna kraven för ledarskapskompetens och kommunikativ förmåga pga avsaknad av kontinuerlig handledning och återföring inom området.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.



Åtgärder efter SPUR 2018

A Verksamheten

Ågärder:

1. Regionalt samarbete vad gäller ST-utbildning för kärlkirurgi inom regionen. I nuläget driver vår verksamhetschef Lars Algotsson ett spår där vi jobbar för att regionalisera ST inom Kärlkirurgi inom regionen. Dvs de kliniker som bedriver kärlkirurgisk verksamhet skall ha en gemensam ST inom kärlkirurgi.

Övergångsregler gör det möjligt för läkare som redan påbörjat sin ST att fullfölja denna utifrån det gamla regelverket (SOSFS 2008:17 med mål-beskrivningar) fram till den 30 april 2022. Därefter är flertalet orter helt beroende av VO Thorax och Kärl, SUS Malmö för att kunna utbilda specialister inom kärlkirurgi då det är en föreskrift att ingå inom en kärlkirurgisk jourlinje.

Vårt mål är att ST läkarna skall rotera på de olika orterna för att balansera kunskapen inom öppen respektive endovaskulär operationserfarenhet.

2. Jobba efter ”ge kniven vidare”. Ge kniven vidare är en nationell kampanj för att förbättra den kirurgiska träningen i den vardagliga kliniska verksamheten. Kampanjen har startat under våren 2013 och är ett samarbete mellan flera föreningar för ST-läkare. Konceptet är taget ursprungligen ifrån Danmark där målet är spridning av insamlade konkreta förslag till hur kirurgisk träning kan underlättas. Dels av en nationell tävling där ST-läkarna under sex månader bokförde hur många operationer som helt eller delvis utfördes av ST-läkare. Kampanjen fick ett positivt gensvar och har lett till många permanenta förbättringar och introduktion inom den svenska sjukvården.

ST-läkarna har identifierat att de önskar förbättring vad gäller följande punkter:

perioperativt

- A) Få inleda operationen.
- B) Om svårigheter inträffar där senior kollega tar över, få möjligheten att fortsätta operationen när det svåra momentet avklarats.
- C) Få avsluta operationen.
- D) Alltid få göra något delmoment vid varje operation.

Baserat på ovannämnda skall varje år, en handledare utses till vinare av ett handledarpris av ST-läkarna för att stimulera god handledning. Detta skall även belönas vid lönesamtal med lönepåslag.

3. Studierektor tillsammans med handledare har påbörjat ett nytt projekt där vi i början av varje år (med start 2019) sätter oss ner i ett forum och individuellt gör upp en ”operationsplanering” för varje enskild ST-läkare.

Vi har tagit fram två DOPS (bilaga A,B) för öppen respektive endovaskulär operationsmetod enligt målbeskrivningarna. Då vi endast har 5 ST-läkare och totalt 5 (snart 6) handledare möjliggör detta en bra överblick för övriga specialister vilka operativa tekniker varje enskild ST-läkare behöver tillgodose sig extra mycket under aktuellt år. ST-läkarna får således även god förberedelse vad som skall tränas och kan på så vis även under planeringen av operationerna tillgodose att de blir delaktiga under dessa ingrepp.

Ovannämnda skall årligen även uppdateras i den individuella studieplanen. De ST läkare som har fått en viss operationsteknik prioriterad för aktuellt år skall även prioriteras över de andra som ej har dessa områden som fokusområde. Samtliga målbeskrivna operationer kan därefter formellt återkopplas på ett strukturerat sätt för att bedöma ST-läkarens kunskaper och färdigheter. Med tanke på den årliga uppdateringen, då vi går igenom varje ST-läkare, kan vi även skräddarsy på ett individuellt plan och sy in detta i den individuella utbildningsplanen. Detta kommer även ligga som grund vid utvärderingen vid specialistkollegiumet.

I DOPS ingår även bedömning för a) kommunikation samt b) ledarskap för att vi kontinuerligt utvärderar detta hos våra ST läkarna.

4. Utnyttja alla möjligheter för öppenkirurgi för ST-läkarna. Tills att regionaliseringen av ST inom kärkirurgi i regionen är konkretiserad, skall varje tillfälle för öppen kirurgi utnyttjas vad gäller utbildning. Varje operation oavsett öppet eller endovaskulärt skall ha en ST-läkare som står som huvudoperatör.

5. Viktigt att nämna är att enligt de senaste guidelines ifrån 2019 (European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms) (bilaga Z) rekommenderas primärt endovaskulärbehandling både vid ruptur samt elektiv operation.
6. Sedan SPUR utvärderade kliniken har en av ST-läkarna blivit specialist, således har vi numera 5 ST läkare. Ytterligare en ST-läkare kommer bli specialist under 2019 och således är den totala mängden ST-läkare 4 ST. Vad gäller specialister har vi numera anställt två stycken specialister inom kärlkirurgi således är vi numera 5 specialister och ytterligare en börjar till sommaren 2019 dvs totalt 6 specialister.

D Tjänstgöringens uppläggning

Åtgärder

1. Hädanefter finns standardkontrakt och nytt upplägg med standardiserat utbildningsprogram tillhanda som är upprättat av Region Skåne, som utgår ifrån målbeskrivningen, där möjlighet för individualisering finns. (<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/st/sus/160406-utbildningsmall-sus.xlsx>)

Detta skall finnas tillhanda och påskrivet av samtliga parter inom 7 månader efter tjänstgöringen enligt Region Skånes riktlinjer.

(<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/st/sus/vad-bor-inga-i-en-ramoverenskomesle-for-st-utbildning-pa-sus--alt.-mall-for-st-kontrakt.pdf>)

Schemalagda handledarträffar för samtliga handledare och specialisterläkare vid kliniken (som på ett formellt eller informellt sätt bedömer ST-läkarna i kliniken) upprättas en gång varje termin (2 ggr/år) tillsammans med studierektor och chef.

Detta ger möjlighet att fortbilda handledarna kontinuerligt kring handledarrollen, uppdatera handledarna kring de bedömningsmallar som finns tillhanda och hur dessa skall implementeras. Vi diskuterar varje enskild ST-läkare för att samtliga specialister/handledare på kliniken har kännedom om vilka mål en specifik ST-läkare skall tränas på under året. Detta kommer ligga till grund så att man efter mötet även uppdaterar det individuella utbildningsprogrammet. Ansvaret på detta ligger på handledare men som i sin tur kan delegera ut detta till ST-läkaren. Dessa uppdateringar skall senast två veckor efter mötet skickas till verksamhetskoordinatören för underskrift av chefen, studierektorn och handledaren.

Se till att alla handledningen följer de individuella utbildningsprogrammet och att samtliga handledare utgår ifrån en gemensam handledarsamtalsmall (Bilaga C, D)

3 § Verksamhetschefen vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att

det individuella utbildningsprogrammet tas fram, regelbundet följs upp och vid behov revideras i samråd med studierektor, handledare och ST-läkaren,

<https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2015-8>

Bedömningsmallar för tex rondarbete, presentationer

(<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/st/#39637>) kan skrivas ut och läggas på rondrum, föreläsningrum där ST-läkaren kan be åhörare eller specialistläkare de arbetat med under veckan fylla i och utvärdera.

När man varit på sidoplacering skall återrapportering ske till handledaren på kärl genom kontakt med handledaren på sidoplaceringen. Finns mallar för feedback efter sådan placering som skall fyllas i. Ligger på ST läkarens ansvar att få detta ifyllt. Dokument för sådant finns på regionens hemsida (<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/st/#39637>)

2. Använda oss av externa seniora kärlkirurger. Vi håller just nu på att introducera ett nytt sätt att utvärdera ST-läkarna genom att låta en extern kärlkirurg komma hit till oss och under några dagar utvärdera ST-läkarnas öppna samt endovaskulära kompetens samt mötet med patienten via en mottagningsverksamhet. Detta har redan påbörjats och en ST läkare har hunnit bli bedömd. Detta skall fortskrida för att objektivt och oberoende få ytterligare ST-läkarnas utbildning bedömd.
3. Introduktion vid placering av läkare på kliniken går via Studierektorn som sköter all planering vad gäller placeringen. Den som skall randa sig har möjlighet att ställa frågor till studierektorn vad gäller olika praktiska och teoretiska frågor. Studierektorn planerar sedan in vederbörande läkare på en tidslinje tillsammans med verksamhetskoordinatören så att det inte blir för många randare samtidigt för att kunna försäkra oss om en god utbildningsmiljö. Därefter planerar vi in så att alla som börjar hos oss har fått en officiell handledare. Den nya läkaren börjar med att träffa verksamhetskoordinatören kl 0745 och får då tilldelat sig följande:

- Arbetskläder
- Passagekort
- Journalanvändarnamn samt lösenord
- En introduktionspärm individuell för kliniken
- Telefon
- Arbetsrum/ omklädningsmöjligheter
- Tilldelat ett postfack

Man får även inbokade tider för möte med avdelningschefen samt personal på mottagningen för mer information kring avdelningsrutiner samt mottagningsrutiner samma dag. De som inte har kunskap om Melior erbjuds även internutbildning.

Därefter introducerar verksamhetskoordinatören den nya läkaren till angiosektionen och visar vart denna lokal finns belägen samt att de får hälsa på den personal som finns tillgänglig där.

Därefter går man vidare till avdelningen där man får introducera sig vid mottagningen och träffa personalen som finns placerad där. Därefter går man in till avdelningen och blir presenterad för vårdpersonalen och sekreterarna som arbetar på avdelningen. Slutligen blir man introducerad till sin handledare (som alltid väljs så att handledaren finns i tjänst den aktuella dagen) som därefter kan ta vid och börja introducera till dagens arbetsuppgifter.

Samtliga nya ST-läkare blir även schemalagda enligt ett särskilt mönster av schemaläggaren på kärkirurgen, som lämpar sig för en gradvis introduktion med alltmer ansvar.

- A) Initialt avdelning och mottagning
- B) Gå dagjour tillsammans med erfaren ST-läkare med bakjour i beredskap
- C) Lättare kirurgiska ingrepp (venös access)
- D) Börja gå dagjourer med bakjour
- E) Nattjourer/helgjourer med bakjour

I efterförloppet då vi gått igenom SPUR rapporten med ST-läkarna så framkommer inget missnöje med den aktuella introduktionen och alla är nöjda med det aktuella formatet. Således kommer inget ytterligare att göras i nuläget med introduktionen. ST-läkarna

upplevde att de inte fick någon introduktion vid deras anställning. Således är den aktuella introduktionen införd efter det att våra ST-läkare börjat sin ST.

4. Vid SPUR-inspektionen framkom eventuellt uppgifter om att en ST-läkare på något vis känt sig diskriminerad i den anonyma enkäten, dock inget som framkom i den muntliga intervjun. Detta är något som vi tar på största allvar och där Region Skåne har ett arbetssätt med aktiva åtgärder enligt diskrimineringslagen (2016:828, bilaga E). Vi tar den anonyma ST-läkarens uppgifter på allra största allvar och har kontaktat ST-läkarna att ta kontakt med studierektor eller chefen för vidare åtgärd. Dock då vi inte upplever att det råder någon diskriminering på vår klinik och de faktum att inget sådant uppkom vid de muntliga intervjuerna råder det tvivel om det är ett missförstånd eller felskrivelse i det automatiska frågeformuläret.
5. Studierektor tillsammans med handledare har påbörjat ett nytt projekt där vi i början av varje år sätter oss ner i ett forum och enskilt gör upp en "operationsplanering" för varje enskild ST-läkare. Vi har tagit fram två DOPS för öppen respektive endovaskulär operationsmetod enligt målbeskrivningarna. Då vi har 5 ST-läkare och totalt 5 (snart 6) handledare möjliggör detta en bra överblick för övriga specialister vilka operativa tekniker varje enskild ST-läkare behöver tillgodose sig extra mycket under aktuellt år. ST-läkarna får således även god förberedelse vad som skall tränas och kan på så vis även under planeringen av operationerna tillgodose att de blir delaktiga under dessa ingrepp. Detta skall årligen även uppdateras i den individuella studieplanen. De ST-läkare som har fått en viss operationsteknik prioriterad för aktuellt år skall även prioriteras över de andra som ej har dessa som fokusområde. Samtliga målbeskrivna operationer kan därefter formellt återkopplas på ett strukturerat sätt för att bedöma ST-läkarens kunskaper och färdigheter. Med tanke på den årliga uppdateringen då vi går igenom varje ST-läkare kan vi även skraddarsy på ett individuellt plan och sy in detta i den individuella utbildningsplanen.

I DOPS-mallen ingår även bedömning för a) kommunikation samt b) ledarskap för att försäkra oss att detta kontinuerligt bedöms hos ST.

EHandledning och uppföljning

Åtgärder:

1. I enlighet med Region Skånes riktlinjer (Bilaga F) skall vi eftersträva minst 9 schemalagda samtal ST-läkaren tillsammans med sin handledare. Vi kommer att börja med att schemalägga dessa möten. Efter handledarmötena skall ST-läkaren skriva en kort dokumentation om vad som diskuterades på mötet och notera om den individuella studieplanen justerats. Om den individuella studieplanen justerats skall även en ny uppdaterad version kompletteras. Dessa skall därefter skickas till verksamhetskoordinatorn för dokumentation och underskrift av handledare, studierektor samt chef. Ett nytt dokument för handledning har tagits fram (Bilaga D) av studierektorn där det framgår a) hur många handledningssamtal man totalt haft under året b) Att man utgått ifrån det individuella utbildningsprogrammet c) om man uppdaterat utbildningsprogrammet d) hur många bedömningar man utfört under året

Det står inget om exakt frekvens vad beträffar handledarträffar ifrån Socialstyrelsen 2015:08, däremot finns ett lokalt dokument ifrån Region Skåne om ca 9 ggr/år (Bilaga F).

2. Region Skåne rekommenderar att man gör två specialistkollegium bedömning av ST läkaren under ST. Vi har som mål att göra minst två bedömningar på varje ST läkare en i början och en i mitten av ST. Vi gör individuella bedömningar och är det så att någon handledare önskar ytterligare specialistkollegium av en specifik ST-läkare kommer detta göras. För att maximera specialistkollegiumet har vi även börjat med att ST-läkaren gör en 360 graders bedömning inför specialistkollegiumet för att få mer underlag och stimulera en bättre diskussionsmiljö.
3. Vad gäller övriga bedömningar enligt Region Skånes rekommendationer har vi skrivit ut olika bedömningsmallar (efter en tids rondande, efter muntlig rapport) så att de är tillgängliga och smidigt kan fyllas i av mer erfaren läkare som man arbetat tillsammans med eller åhörare efter en presentation. Vi har även upprättat en mapp som ligger på intranätet där alla handledare och ST-läkare enkelt kan gå in och hitta alla juridiska dokument, bedömningsmallar, kurser, intyg för att enkelt och smidigt hitta allt som behövs för ST-utbildningen.

4. Samarbete med andra studierektorer har resulterat i att vi skickar iväg ST-läkare till andra kliniken för att undervisa inom kärlkirurgi och då kommer samtliga åhörare på den kliniken fylla i bedömning efter deras presentation. Detta projekt har redan introducerats under vintern/hösten och utbildning är inplanerade framöver.
5. Vi har som krav att minst 6 bedömningar skall göras årligen. På varje handledarsamtal skall ST-läkaren fylla i hur många handledarsamtal man haft hittills i år samt hur många bedömningar som utförts och om man uppdaterat det individuella utbildningsprogrammet. Således blir det transparent för ST-läkare, handledare, studierektorn samt chefen om man ligger i fas.
6. Vi har en regional plan för åtgärder om ST-läkaren riskerar hamn i svårigheter för att uppnå enskilda delmål. (Bilaga G)
7. Studierektor tillsammans med handledare har påbörjat ett nytt projekt där vi i början av varje år (med start 2019) sätter oss ner i ett forum och enskild gör upp en ”operationsplanering” för varje enskild ST-läkare. Vi har tagit fram två DOPS för öppen respektive endovaskulär (Bilaga A,B) operationsmetod enligt målbeskrivningarna. Då vi endast har 5 ST-läkare och totalt 5 (snart 6) handledare möjliggör detta en bra överblick för övriga specialister vilka operativa tekniker varje enskild ST-läkare behöver tillgodose sig extra mycket under aktuellt år. ST-läkarna får således även god förberedelse vad som skall tränas och kan på så vis även under planeringen av operationerna tillgodose att de blir delaktiga under dessa ingrepp. Detta skall årligen även uppdateras i den individuella studieplanen. De ST läkare som har fått en viss operationsteknik prioriterad för aktuellt år skall även prioriteras över de andra som ej har dessa som fokusområde. Samtliga målbeskrivna operationer kan därefter formellt återkopplas på ett strukturerat sätt för att bedöma ST-läkaren kunskaper och färdigheter. I DOPS mallen ingår även bedömning för a) kommunikation samt b) ledarskap för att vi skall kontinuerligt bedöma ST läkarna vad gäller dessa punkter

F Teoretisk utbildning

Åtgärder:

1. Exemplar på det individuella utbildningsprogrammet har skapats, där ett förslag på en optimal utbildning illustreras. Där framgår exakt vilka kurser en ST läkare skall gå inom ramen för deras A,B samt C mål. Även en tidsram för randningarna och när i tiden detta skall planeras in. Detta ger en god grund för ST-läkarna vilka kurser och placeringar som är obligatoriska för att kunna bli specialist inom kärkirurgi. Detta kan utgöra ett ”facit” för nya ST-läkare så att studierektorn snabbt får en överblick om att alla obligatoriska moment finns i varje specifik ST-läkares individuella utbildningsprogram. Studierektorn kan därefter i god tid kontakta respektive studierektor på annan enhet där den externa utbildningen skall ske så att man kan tillgodose att varje enskild ST-läkare får den placering i tid och rum som är nödvändig för att utbilda ST-läkaren. Studierektorn kommer att se till att utbudet på kurser är tillgängligt för ST läkarna på ett överskådligt och lättillgängligt sätt genom att kontinuerligt uppdatera de kursutbud som sker via den interna kärkirurgiska föreningen samt Region Skåne. Detta kommer delegeras ut till en ST-läkare som får ansvara för att uppdatera kursutbudet och distribuera informationen till övriga ST-läkare. Studierektorn kommer så som tidigare finnas som stöd för diskussioner och råd vad gäller utbildningsfrågor så som placeringar och kurser. Studierektorn kommer så som tidigare även engagera sig och ansvar för externa randare vad gäller deras placering på kärkliniken samt illustrera vilka mål som krävs för deras respektive specialitet. Det pågår även ett arbete gemensamt på regionalnivå där studierektorerna kommer att ta fram ett kontrakt vid extern randning där det tydligt framkommer vad respektive ST läkare skall uppnå inom sin externa placering.
2. Internutbildning kommer schemaläggas på onsdagar framöver. Varje onsdag går man igenom komplikationer ifrån föregående vecka där man öppet kan diskutera indikationer, komplikationer, alternativa åtgärder och hur man kan förbättra verksamheten. Därefter har vi internutbildning där vi själva har fördjupat oss i ett ämnesområde/artikel eller bjudit in en extern föreläsare för att prata om något som är relevant till oss. Detta är redan introducerat sedan i vintern/våren 2019.

I SPUR rapporten noterades att man saknade ett diskussionsforum bland ST-läkarna. Framförallt rörde det sig om de fallen man "missar" när man jobbar i ett annat team. Dock vid mötet med ST-läkarna efter SPUR, var det inget man upplevde stämde. De ansåg att intressanta fall med lätthet kan diskuteras med de som varit involverade.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ÅTGÄRD:

1. Då ST-läkarna har möjlighet att utföra avdelningsarbetet med en specialist under veckan gång har vi numera introducerat att i slutet av veckan ge feedback enligt region skånes bedömningsmall (<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/st/#39637>) att betygsätta och evaluera den ST läkaren man jobbat med. Detta uppmuntrar kontinuitet hos ST läkaren att vara på avdelning och ta ansvar för vården av patienterna på avdelningen då annars detta ej går att evaluera. På samma sätt kommer den jourhavande läkaren under veckan att bli bedömd av sjuksköterskorna på mottagningen som man arbetar tätt med under veckans gång samt även av den bakjouren man arbetat med under veckan gång. Detta leder till en kontinuerlig bedömning avseende ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens som underlättar för respektive handledare att kunna fortlöpande bedöma varje enskild ST läkaren kvaliteter under utbildningen.
2. Inför varje specialistkollegium kommer även st läkarna att göra en 360 graders bedömning som kommer ligga som grund under specialistkollegiet. På samma vis kommer man efter en helg jour efter den muntliga rapporten på nästföljande vardag även utvärderas av bakjouren och de övriga medarbetarna som mottagit rapport. En god rapport är av största vikt för en läkare vad gäller kommunikativ kompetens. Vi har därför tagit fram en bedömningsmall avseende de faktorer som vi anser är viktiga för vår verksamhet och lämpliga i en klinisk vardag (Bilaga A,B)
3. Vi har även som krav att ST-läkarna skall handleda AT-läkare under sin ST där de kan få råd och tips av sina respektive handledare samt studierektorn. AT-läkarna skall i slutet av handledningen ge feedback skriftligt till ST-läkarna hur deras handledning fungerat. Kontinuerligt då vi har randare på kliniken blir varje ST-läkare ansvarig att vara en informell handledare för att guida och lära praktiska saker på kliniken. Detta är ett sätt att uppmuntra till handledning och ledarskap. Då vi bedriver amanuensmottagning en gång i veckan där en av ST-läkarna är handledare kommer även stickprov i form av en bedömningsutvärdering ske under terminen. Detta ger en möjlighet att göra stickprov på en ST läkare man är osäker på eller där man ser ett ökat behov att utvärdera ledarskap eller handledning.

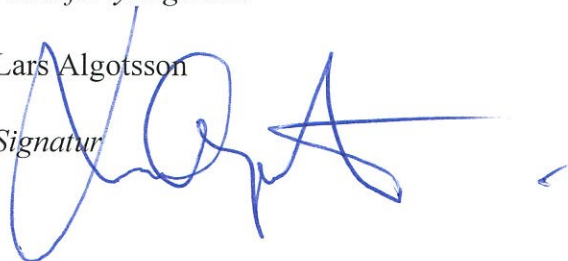
4. Studierektor tillsammans med handledare har påbörjat ett nytt projekt där vi i början av varje år (med start 2019) sätter oss ner i ett forum och enskild gör upp en ”operationsplanering” för varje enskild ST-läkare. Vi har tagit fram två DOPS (Bilaga A,B) för öppen respektive endovaskulär operationsmetod enligt målbeskrivningarna. Då vi endast har 5 ST-läkare och totalt 5 (snart 6) handledare möjliggör detta en bra överblick för övriga specialister vilka operativa tekniker varje enskild ST-läkare behöver tillgodose sig extra mycket under aktuellt år. ST-läkarna får således även god förberedelse vad som skall tränas och kan på så vis även under planeringen av operationerna tillgodose att de blir delaktiga under dessa ingrepp. Detta skall årligen även uppdateras i den individuella studieplanen. De ST läkare som har fått en viss operationsteknik prioriterad för aktuellt år skall även prioriteras över de andra som ej har dessa som fokusområde. Samtliga målbeskrivna operationer kan därefter formellt återkopplas på ett strukturerat sätt för att bedöma ST-läkarens kunskaper och färdigheter. I DOPS mallen ingår även bedömning för a) kommunikation samt b) ledarskap för att vi skall kontinuerligt bedöma ST läkarna vad gäller dessa punkter

Verksamhetschef

Namnförtydligande:

Lars Algotsson

Signatur



Studierektor

Namnförtydligande:

Moncef Zarrouk

Signatur



ST-läkare inom kärkirurgi

Namnförtydligande:

Talha Butt

Signatur



Datum för underskrift: