



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norrlands Universitetssjukhus

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2021-06-01

Datum

Umeå

Ort

Martin Thorsson och Maja Ewert

Inspektörer

Styrkor

- Bred klinisk verksamhet som ger mycket goda förutsättningar för måluppfyllelse.
- Väl genomarbetat schema för placeringar som anpassas efter individuella behov för att möjliggöra måluppfyllelse.
- Genomgående gott utbildningsklimat som präglas av utbildningsmotiverade handledare och en arbetsmiljö med hög grad av trivsel.
- ST-läkarna vittnar om trygghet och gott stöd i kliniska situationer.
- Engagerad, uppskattad och i utbildningsfrågor mycket väl insatt SR/ST-chef.
- Uppskattad utbildning i obstetrisk anestesi med strukturerade bedömningar och återkopplingar med på förhand kända metoder.
- 4 veckors placering på ambulanshelikopter.
- God tillgång till medarbetare med hög vetenskaplig kompetens med möjlighet att kombinera ST-tjänst med forskning.
- 4 veckors placering på smärtenhet.

Svagheter

- Enheten har tillgång till utbildningsprogram där delmål och utbildningsaktiviteter framgår men de är inte individuellt reviderade utifrån måluppfyllelse och de saknar koppling till uppföljning (dvs hur måluppfyllelse ska bedömas).
- Avsaknad av fortlöpande bedömning och återkoppling, med koppling till delmål, saknas efter introduktionsperioden. Specialistkollegiet som hålls ca 1g/år är för detta ändamål för översiktligt då det inte kopplas till specifika delmål. Det finns en upplevelse av att den informella bedömningen av ST-läkarna är ojämn.
- Handledningen saknar struktur kopplad till målbeskrivningen och individuellt utbildningsprogram. Viktiga funktioner riskerar därför att utelämnas (såsom den kontinuerliga bedömningen med på förhand kända metoder och dokumentationen av kompetensutvecklingen).
- Det saknas fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning (vilket även inkluderar framåtsyftande planering för fortsatt kompetensutvecklingen) i vetenskaplig kompetens och kvalitetsarbete. Med fortlöpande avses insatser även utanför den för vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete avsatta tiden.
- På samma sätt saknas fortlöpande bedömning, återkoppling, handledning i kommunikation och ledarskap.
- Vissa undanträngningseffekter framkommer till följd av ett stort antal ST-läkare.

Förbättringspotential

- Skapa skriftliga individuella utbildningsprogram (IUP) där det utöver planerade tjänstgöringar och andra utbildningsaktiviteter också framgår hur respektive delmål ska uppnås och hur måluppfyllelse ska bedömas.
- Utveckla huvudhandledarfunktionen:
 - 1) Genomgång och revision av IUP bör vara en återkommande punkt (exv var 6:e månad) vid handledarsamtal. Detta skapar också struktur i vilka ämnen som behöver avhandlas i samband med handledarsamtalen.
 - 2) Schemalägg handledarsamtalen (minst 2h/mån enl regionens rutin)
 - 3) Inför regelbundna handledarträffar där huvudhandledarfunktionen kan diskuteras och utvecklas.
 - 4) Inför kontinuerliga bedömningar med på förhand kända metoder och tillse att handledaren dokumenterar dessa i enlighet med regional rutin.
 - 5) Inför avstämning mellan HL, SR och MLA under och efter kliniska tjänstgöringsperioder.
 - 6) Handledaren behöver strukturerat följa upp sidoutbildningar i enlighet med regional rutin.
- Undersök möjligheterna att utnyttja regionens samlade IVA-resurs för att tillgodose utbildningsbehovet. Kan delmål för allmän intensivvård tillgodoses i högre utsträckning vid andra IVA-avdelningar i regionen för att reducera undanträngningseffekterna?
- Fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning i vetenskaplig kompetens och kommunikativ kompetens kan genomföras i samband med journal clubs. Ta tillvara på de tillfällen som ges i klinisk vardag där ST-läkaren praktiserar ledarskap samt skriftlig och muntlig kommunikation för fortlöpande bedömning och återkoppling. Exempel på detta är överrapportering av patient, journalanteckningar och preoperativa bedömningar.
- Involvera ST-läkarna i ledningsgrupper och kvalitetsprojekt. Utnyttja dessa tillfällen för handledning i ledarskap och kvalitetsarbete.
- Utarbetandet av individuella utbildningsprogram i närtid kommer också att möjliggöra anpassning för att hantera effekter på möjligheterna till måluppfyllelse på grund av Covid-19 pandemin.

STRUKTUR

A Verksamheten

Universitetsklinik med stor klinisk bredd. Intensivvårdsavdelning med 14 platser inklusive neurointensivvård. Tre operationsavdelningar som inkluderar ortopedi inklusive ryggkirurgi, ÖNH, ögon, obstetrik (med knappt 2000 förlossningar per år) och gynekologi, övre- och nedre GI-kirurgi, urologi, kärl och neuroanestesi. Barnanestesi för barn >10kg/1 år. Tjänstgöringen bedöms trots effekterna av Covid-19 tillräckligt allsidig för måluppfyllelse. Enheten har skriftliga rutiner för genomförande och utvärdering av ST.

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.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 35 specialister och 25 ST-läkare. Det finns 12 disputerade läkare varav 5 är ST-läkare. Samtliga handledare har genomgått eller kommer att genomgå handledarutbildning i närtid. Det saknas regelbundna handledarträffar. Studierektorn har också uppdrag som ST-chef vilket planeras till två separata tjänster framöver. Schemalagd handledning saknas. Enheten bedöms ha tillräckligt antal handledare och tillräcklig tillgång till kliniska instruktörer.

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

Granskningen genomfördes digitalt. Kontroll av lokaler och utrustning gjordes med hjälp av filmklipp, bilder och/eller videosamtal.

Utrustningen för diagnostik och behandling är modern och ändamålsenlig och möjliggör måluppfyllelse. Det finns adekvat tillgång till IT baserade beslutsstöd samt bibliotek/FoU-enhet. ST läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.

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

Verksamheten tillhandahåller skriftliga rutiner hur målbeskrivningen ska uttolkas i form av specialitetsföreningens utbildningsbok samt hemsida där koppling mellan olika kliniska placeringar, delmål och utbildningsaktivitet framgår.

ST-läkarna saknar individuella utbildningsprogram, som klargör koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och metoder för uppföljning (dvs hur måluppfyllelse ska bedömas), varför dessa inte regelbundet följs upp eller revideras tillsammans med huvudhandledaren.

Det finns tillgång till ett icke-individualiserat introduktionsprogram som klargör koppling delmål - utbildningsaktivitet - uppföljning.

Det föreligger en viss undanträngningseffekt för möjligheten till klinisk tjänstgöring på IVA på grund av ett stort antal utbildningsläkare både från den egna och från andras verksamheter. Sammantaget bedöms utbildningen planeras och genomföras i enlighet med målbeskrivningen.

Jourtjänstgöringens del av den totala tjänstgöringstiden möjliggör måluppfyllelse.

Anpassningar i tjänstgöringen har eller kommer att göras till följd av Covid-19 pandemin för att möjliggöra måluppfyllelse.

Kliniken arbetar aktivt med likabehandlingsfrågor.

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.

EHandledning och uppföljning

ST-läkarna saknar individuella utbildningsprogram, som klargör koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och metoder för uppföljning (dvs hur måluppfyllelse ska bedömas), varför dessa inte regelbundet följs upp eller revideras tillsammans med huvudhandledaren.

Eftersom det saknas struktur i handledarsamtalen är innehållet varierande och delar av handledningen riskerar att falla bort (såsom kontinuerlig bedömning av kompetensutveckling med på förhand kända och överenskomna metoder liksom handledning i a och b-delmål)

Under introduktionsperioden genomförs kontinuerlig bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling inför jourtjänstgöring. Efter introduktionsperioden görs inte en fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån deras individuella utbildningsprogram (eftersom det saknas).

Det görs en fortlöpande informell bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling men den sker inte med flera på förhand överenskomna metoder (såsom DOPS, KEX, CBD, 360). En strukturerad sammanfattande kompetensbedömning genomförs via specialistkollegium var 12:e-18:e månad. OLA genomförs som teoretisk kunskapskontroll årligen från och med år 2. Handledarsamtalen dokumenteras av ST-läkarna men är inte inplanerade i förväg i ordinarie tjänstgöringsschema.

Uppföljningen av sidotjänstgöringen sker informellt och i varierande utsträckning.

Enheten har en nyligen publicerad regional handlingsplan för läkare som inte når måluppfyllelse. Brister i kompetensutvecklingen har föranlett åtgärder, framförallt i form av förlängda placeringar.

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

Regional teoretisk utbildning planeras och genomförs 6-8 dagar/termin och i enlighet med målbeskrivningen. SR samordnar den interna och externa utbildningen. ST-läkarna har god tillgång till schemalagd inläsningstid.

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

Det finns goda förutsättningar för genomförande av skriftlig individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

Kliniken har regelbundna möten där vetenskaplig litteratur diskuteras. ST-läkarna presenterar artiklar vid dessa möten. Det saknas en strukturerad bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens i samband med dessa träffar liksom i samband med handledarsamtal och i kliniskt arbete.

Det finns förutsättningar för att genomföra och dokumentera kvalitetsarbete. ST-läkarna får i samband med kvalitetsarbetet bedömning och återkoppling men i övrigt saknas fortlöpande bedömning och återkoppling i kvalitetsutveckling.

Det finns tillgång till ett doktorandprogram. Enheten har flera publicerade forskningsprojekt under de senaste två åren.

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

- 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.
- 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.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna involveras i situationer med höga krav på kommunikativ kompetens såsom arbeten kring kritiskt sjuk patient, närståendesamtal och etiska diskussioner med god instruktion av seniora kollegor.Handledning i ledarskap och kommunikativ kompetens sker i varierande grad beroende av huvudhandledare.

Det sker inte någon fortlöpande strukturerad bedömning och återkoppling i kommunikativ kompetens eller ledarskapskompetens i samband med den kliniska tjänstgöringen.

ST-läkarna bereds möjlighet att handleda AT-läkare och sidoplacerade läkare från andra specialiteter men det genomförs ingen strukturerad återkoppling och handledning i samband med dessa insatser.

ST-läkarna ansvarar för föreläsningar men det saknas strukturerad bedömning, återkoppling och handledning (som ska vara framåtsyftande inför kommande insatser) i samband med dessa insatser.

ST-läkarna deltar inte i strukturerad intra- eller interprofessionell reflektion i grupp som utbildningsaktivitet för måluppfyllelse i a- och b-delmål.

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.

Åtgärdsplan ST-utbildning An/Op/Iva Västerbotten NUS

Som en följd av ökad rekrytering både på vår klinik men även på andra kliniker med regelbundet randningsbehov, så har den tidigare informella handledningen och kontinuerliga bedömningen av ST-läkare blivit otillräcklig.

Följande behov har identifierats både av den egna kliniken men även objektivt i samband med SPUR-inspektion 210601.

Följande åtgärder är planerade:

Tjänstgöringens uppläggning

- Utformning av en mer anpassad Individuell Utbildningsplan (IUP).

Region Västerbotten har en övergripande IUP och An/OP/IVA har redan en noggrann individuell planering av kliniska rotationer som revideras vid behov. Dessa kommer utgöra grunden för den kliniks specifika Individuella Utbildningsplan där vi tydligare ska koppla de kliniska rotationerna men även övriga utbildningsaktiviteter mot delmål.

Uppföljning av att dessa delmål har uppnåtts kan bedömas på många vis och är ofta en djungel för den kliniska handledaren och ST-läkaren. För att tydliggöra vilka metoder (medsittning, DOPS, handledningstillfälle, specialistkollegium el liknande) som lämpar sig bäst för att utvärdera de olika aktiviteterna så kommer en översikt integreras i den nya IUP-mallen. Den nya mallen för IUP beräknas vara klar 2022.

Vid start av ny ST kommer handledaren och ST-läkaren förväntas skapa en, för ST-läkaren anpassad, IUP utifrån mallen och därefter revidera denna 1-2ggr/år. Studierektorn finns med som stöd vid utformningen och därefter v.b. vid revisioner.

Kommentar på kvalitetsindikator: Samtliga legitimerade läkare utan specialistkompetens som anställs vid kliniken får alltid en handledare, en individuell utbildningsplan och betraktas därmed som en ordinarie ST-läkare.

Handledning och uppföljning

- Utformning av en handledarhandbok.

Handboken ska bl.a innehålla information om de kliniska block, utbildningsaktiviteter och kurser som finns tillgängliga för att hjälpa ST-läkaren nå måluppfyllelse men även riktlinjer för handledarsamtal kopplat till delmål. Handboken kommer delvis utvecklas tillsammans med övriga Studierektorer i den Norra Regionen och beräknas vara klar senast höstterminen 2021.

- Schemalagd handledning

ST-läkaren och handledaren förväntas i klinikkens nya schemasystem (infört sept-21) önska handledningstid synkroniserat och ändamålsenligt. Parterna förväntas planera in 2h/månad i enlighet med RVB's rutin.

Handledarsamtalen ska struktureras av handledare och ST-läkare med stöd av IUP och utifrån ST-läkarens behov av måluppfyllelse.

- Bedömningsformulär

Formulär för DOPS, 360-bedömningar och medsittningar som idag finns på Regionens intranät ska även läggas ut på hemsidan www.anestesi.norr.se för att ytterligare öka tillgängligheten. Kontinuerliga uppmaningar till handledare och ST-läkare att använda dessa formulär har pågått i många år. I den nya handledarhandboken kommer ytterligare fokus på dessa verktyg att läggas.

- Handledarnas uppdrag ska stärkas, tydliggöras och underlättas.

Den övergripande handledarutbildning som RVB håller varje termin ska kompletteras med ett undervisningstillfälle förlagt på ett av klinikkens veckovisa läkarmöten (bokat 6/12). Detta arrangeras av Studierektor och ST-chef med fokus på genomgång av handledaruppdraget, handledarmanualen, IUP och de olika bedömningsformulär som kliniken använder (DOPS, 360, medsittningsprotokoll osv). Mötet kommer efter det första tillfället att återkomma terminsvis i formen av ett Handledarforum där handledarna kan diskutera utmaningar, utveckla sin roll och ställa frågor till medverkande Studierektor.

Handledarna förväntas ta ett större ansvar att vid de regelbundna handledartillfällena följa upp ST-läkarens progression kopplat till delmålen i IUP och identifiera eventuella behov av åtgärd tillsammans med Studierektor. Detta inkluderar även uppföljning av eventuell sidotjänstgöring där kontakt med egna ST-läkare förväntas upprätthållas. Vid en längre sidotjänstgöring inom specialanestesi så fungerar redan nu handledning, kontinuerlig bedömning och återkoppling v.b väl.

Verksamhetschefen ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras. I och med införandet av handledarmanual och IUP kommer den fortlöpande dokumentationen av ST-läkarens progress att formaliseras. Studierektorn kommer på uppdrag av Verksamhetschefen möjliggöra att förutsättningar för detta finns.

Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

- Kvalitetsarbete

ST-läkaren gör i nuläget ett kvalitetsförbättrande arbete under handledning av områdesansvarig eller medicinsk ansvarig läkare. Resultatet, oftast ett PM eller styrdokument, presenteras i hela läkargruppen. Bedömning och återkoppling sker i samband med detta tillfälle men detta kommer nu även att dokumenteras.

- Vetenskapligt arbete

Det vetenskapliga arbetet presenteras idag åtminstone för hela läkargruppen och institutionen. Några arbeten har resulterat i posterpresentationer på SFAI-veckan. En handledarmanual för vetenskapliga handledare är skapad och publiceras för disputerade medarbetare samt ST-läkare under HT-21. Detta arbete har genomförts av en disputerad ST-läkare inom ramen för ett kvalitetsarbete, under handledning av institutionens Lektor.

- Journal clubs

Finns som en relativt nyinförd rutin och bedömningsformulär för dessa är ett framtida kvalitetsprojekt. Dessa regelbundna journal clubs är ytterligare ett sätt att fortlöpande kunna bedöma ST-läkarens kompetens i medicinsk vetenskap.

Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

- Ledarskapskompetens

ST-läkarna kommer att erbjudas möjlighet att under handledning leda klinikkens morgonmöten och veckovisa läkarmöten. Vid intresse kan auskultation vid ett ledningsgruppsmöte ordnas. Handledaren och ST-läkaren ansvarar för att identifiera behov och inkomma med önskemål. Detta utbildningsmål kommer tydliggöras i handledarmanualen och IUP. Övergripande återkoppling av denna kompetens sker inom ramen för specialistkollegium.

- Kommunikativ kompetens

Detta delmål kommer precis som tidigare att beröras och återkopplas som en naturlig del i ST-läkarens kliniska vardag. En mer formell återkoppling och fortlöpande handledning inom området kommunikativ kompetens kommer ske under handledarsamtalen vid de tillfällen då nyligt genomförda medsittningar och ev 360-bedömningar genomförts, allt i enlighet med nya handledarmanualen.

- Allmänna råd

ST-läkarna förväntas, utanför pandemitider, att regelbundet bidra till klinikkens internutbildning av ex.vis narkosköterskor, läkarkandidater och AT-läkare. Kliniken har vanligtvis veckovisa utbildningar för de olika yrkeskategorierna där ST-läkarnas pedagogiska insatser är ett uppskattat inslag. Handledningen av dessa moment är praktiskt svår att genomföra och utgörs idag av återkoppling från deltagarna och enkätsvar från AT-läkarna. Behov av en mer aktiv roll för handledarna finns men är i den kliniska vardagen svår att genomföra. Vi kommer tydliggöra detta utbildningsmål i handledarhandboken och IUP samt även undersöka hur man löst detta på andra utbildningsenheter.

Avseende deltagande i intra- eller interprofessionell reflektion i grupp så har ST-läkarna redan idag veckovisa möten med regelbundet deltagande av ST-chef och Studierektor, s.k ”tisdagsluncher”. Under den långa IVA-placeringen förväntas ST-läkaren att delta vid de reflektionsgrupper och etik-caféer som i vanliga fall erbjuds med regelbundenhet.

Sammanfattning

SPUR-inspektionen har varit ett väldigt bra sätt att få en objektiv bedömning av innehållet och omfattningen på vår ST-utbildning. Förutsättningarna med en pågående pandemi men även den digitala formen på granskningen har tyvärr påverkat representativiteten i utfallet och därför kan några kommentarer ovan anses omfattande.

Vi ser mycket fram emot att fortsätta arbetet med att förbättra utbildningen, både utifrån de konstruktiva kommentarer vi fått och genom att fortsätta utveckla de områden vi själva anser viktiga för ST-läkarna och vår verksamhet.

Vi ser fram emot att fortsätta rutinen med regelbunden extern granskning för att hela tiden bibehålla och förbättra kvalitén på ST-utbildningen.

Anna Molin ST-chef

Johan Thunberg Verksamhetschef

Amanda Irgum ST-Studierektor

Emma Grollmuss ST-läkare