



# **EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring**

**Akademiska Sjukhuset**

Klinik

**Anestesi och intensivvård**

Specialitet

**2021-11-23 – 2021-11-24**

Datum

**Uppsala**

Ort

**Lena Gamrin-Gripenberg och Bijan Darvish**

Inspektörer

## Styrkor

- Allsidig och bred verksamhet som erbjuder exceptionellt goda utbildningsmöjligheter.
- Genomtänkt och strukturerad ST utbildning med regelbundna avstämningar med ST chef, SR, Handledare och ST läkare.
- Genomtänkt introduktion till verksamheten och inför jourtjänstgöring.
- Sammanhållen ST läkargrupp som är en självklar del av läkarkollegiet.
- Dedikerad och handlingskraftig ST studierektor som besitter fördjupade kunskaper om ST utbildning.
- Mycket hög akademisk nivå inom verksamheten.
- Klinisk verksamma forskningsföreträdare som föregår med gott exempel genom aktiv klinisk tjänstgöring.

## Svagheter

- ST läkarnas anger hög jourbörda och obalans av jourtjänstgöring anesthesi och IVA.
- Sena ST läkare anger att handledning, bedömning och återkoppling i dagligt kliniskt arbete uteblir.
- Handledning, bedömning och återkoppling är otillräcklig när ST läkarna undervisar och handleder.
- ST-läkarna bereds inte möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Förbättringspotential

- ST läkarnas upplevda höga jourbörda och fördelning av jourtjänstgöring anesthesi och IVA behöver analyseras avseende risk för försämrade kvalitet av ST utbildningen.
- Verksamheten bör prioritera handledning, bedömning och återkoppling i dagligt kliniskt verksamhet även för sena ST läkare.
- Handledning, bedömning och återkoppling avseende undervisning och handledning behöver utökas.
- Införa möjlighet för ST-läkarna att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp, avseende kompetenserna i delmål A1.
- I tillägg till regelbundna läkarmöten där bland annat ST utbildningen diskuteras bör forum för handledarna initieras inom verksamheten.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Allsidig och bered verksamhet inom anestesi och intensivvård som även omfattar dagkirurgi, barn, brännskadevård, neuro och intermediärvård. Därutöver prehospital vård samt smärtverksamhet. Verksamheten erbjuder mycket goda utbildningsmöjligheter för ST baserad på socialstyrelsens föreskrifter och SFAIs utbildningsbok.

### 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

Samtliga ST-läkare har handledare som är specialister i anestesi och intensivvård och har handledarutbildning. Verksamheten har en mycket dedikerad, engagerad och handlingskraftig ST studierektor som besitter fördjupade kunskaper om hur man bedriver ST utbildningen.

## 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

Lokalerna för verksamheten är adekvata och delvis nybyggda . Modern utrustning för anestesi och intensivvård finns. Arbetsstationer finns på respektive enhet och ST-läkarna har tillgång till egen expedition med platser för ostört arbete vid datorer. Bibliotekstjänst och tidskrifter finns att tillgå via internet.

## 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 har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Det finns styrande dokument för att bedriva ST utbildning. Samtliga ST läkare har individuella utbildningsprogram som revideras årligen och vid behov. ST-läkare upplever sig arbeta på lika villkor.

### 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

Handledning utgår från det individuella utbildningsprogrammet och ST läkarens behov. ST läkarnas kompetensutveckling bedöms fortlöpande. Tillräckligt många specialister behöver prioritera instruktion, uppföljning och återkoppling i dagligt kliniskt arbete.

### 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

ST läkarna deltar i regelbunden intern teoretisk utbildning. Verksamheten har regelbundna läkarmöten med medicinsk, vetenskapligt och administrativt innehåll där även ST läkare är föredragande. Extern teoretisk utbildning planeras och genomförs.



### **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**

Kliniken har två professorer, tio docenter och 25 disputerade läkare vilket ger mycket god tillgång till vetenskapliga handledare. Samtliga ST läkare genomför kvalitetsprojekt under handledning. Vetenskapligt och kvalitetsprojekt presenteras internt och externt för bedömning och återkoppling.

## 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

ST läkarna ges förutsättning att utveckla ledarskaps- och kommunikativkompetens med handledning, bedömning och återkoppling.

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 post SPUR inspektion Uppsala nov 2021

Vissa av åtgärderna är tvingande (de under punkt H), andra önskvärda. Vi har med alla här i ett gemensamt dokument inom organisationen och till SPUR. Först redovisas de punkter i resp del i struktur/process sedan de angivna förbättringspotentialerna som tillkommer. Fet stil är klippt från SPUR rapporten. Normal stil våra åtgärder och reflektioner.

### **Punkt E**

**ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.**

Detta är en stor punkt att arbeta med. Det nyligen instiftade priset för klinisk handledning synliggör och premierar detta. Vi planerar att ha ett klinikmöte med detta tema 15 mars som en uppstart för ett långsiktigt projekt att stödja och förbättra instruktionsrollen. Detta möte planerades först 2020, men en pandemi omkullkastade planerna. Det handlar mycket om att ändra attityd och förhållningssätt till ffa sena ST-läkare. Den pressad personal- och produktionssituationen försämrar naturligtvis möjligheterna till värdefull instruktion, och är andra faktorer som klinikledningen arbetar aktivt med. Studierektor och ST-chef kommer att ha möten med sektionschefer och MLL på respektive sektion för att diskutera handledningsklimatet.

### **Punkt H**

**ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.**

**ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.**

ST-läkarna i Uppsala undervisar och handleder mycket, eftersom vi är ett universitetssjukhus. Däremot sällan under handledning. Här har vi skapat en ny struktur för att förbättra detta: Det finns på ST-läkarnas hemsida dokument för feedback från den/de handledda/undervisade samt ett DOPS-liknande nyproducerat dokument för specialisten som handleder för att förenkla och stötta en strukturerad återkoppling. Dessa är medskickade som bilagor längs ner i detta dokument. De följer den mall som finns på sjukhuset för DOPS, men kommer att omarbetas till ett EPA liknande format samtidigt som andra dokument på sjukhuset och kliniken övergår till det.

Varje år under utvecklingssamtalet kommer ST-läkaren att tillfrågas om de utfört detta, och det kommer också att införas i den årliga enkäten. Målet är att åtminstone en gång bli handledd i resp aktivitet, även om mer är bättre. Vi har också föreslagit den övergripande studierektorn för regionen att dessa moment ska införas i det dokumentations och planeringsverktyg som ligger i varje ST-läkares portfolio.

**ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.**

Det finns ett projekt på vår intensivvårdssektion som siktar på att starta interprofessionella reflektionsgrupper under hösten. ST-läkarna kommer att vara en självklar del i detta. Vi

undersöker också möjligheten att starta Balint-grupper för ST-läkarna, något som vore önskvärt för deras professionella utveckling och som en antidot mot en del krävande moment i vår specialitet. En enkät har gått ut till ST-läkarna för att undersöka intresset för detta enl överenskommelse med de kontakter vi tagit med Balintgruppledare.

## **Förbättringspotential:**

**ST läkarnas upplevda höga jourbörda och fördelning av jourtjänstgöring anesthesi och IVA behöver analyseras avseende risk för försämrad kvalitet av ST utbildningen.**

Kliniken anställer under året 10-11 nya ST-läkare. Samtidigt analyseras joursituationen noga inför varje schemaläggning. Vi ser en svag förbättring redan nu, och hoppas att den kommer att fortsätta. ST-chefen deltar nu mer aktivt i ST-läkarnas schemaläggning inklusive schemaläggning av jourer. Som IVA framjour kommer vi också att introducera akutläkare, och då blir det färre pass för ST-läkarna på anesthesi och intensivvård att täcka. Utöver detta pågår ett arbete med att tydligare definiera IVA-framjurens uppdrag och att aktivt följa upp när denne belastas med förfrågningar utanför uppdraget.

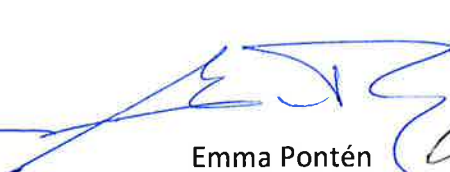
**I tillägg till regelbundna läkarmöten där bland annat ST utbildningen diskuteras bör forum för handledarna initieras inom verksamheten.**

Enkät har skickats ut till alla handledare för att inventera deras behov av handledarmöten, innehåll och när de ska planeras in. 29 april 2022 planeras ett första gemensamma handledarmöte – först med lite introduktion av nyheter (tex handledning under undervisning och handledning) sedan bikupor för att dela erfarenheter. Detta ska sedan utvärderas så att vi hittar rätt form. Absolut mininum 1 gång / år ska handledarmöten genomföras, men helst 1/termin.



Henrik Reinius

Verksamhetschef AnOpIVA UAS



Emma Pontén

ST-studierektor



Johannes Klang

ST representant