



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Centralsjukhuset Karlstad

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2021-11-23

Datum

Karlstad

Ort

Sanna Dahl och Martin Thorsson

Inspektörer

Styrkor

- Länssjukhus med mycket brett kliniskt underlag och med gott samarbete mellan olika specialiteter.
- Gott klimat i läkargruppen där det alltid går att få stöd och hjälp om ST-läkaren ber om det. ST-läkarna upplever att de kan prata om svåra situationer och misstag.
- Synnerligen engagerad studierektor som är mycket väl insatt i ST-utbildningen
- Mycket god tillgång till extern teoretisk utbildning och deltagande på större yrkesrelaterade sammankomster.
- Genomtänkt introduktion som inkluderar regional utbildning ("Först i ST") med både ST-läkare och handledare.
- Tillgång till smart QR-scanningsystem där ST-läkare och instruktörer snabbt kan få tillgång till digitala kompetensbedömningsinstrument.
- God tillgång till prehospital ambulanshelikopter och prehospital utbildning.

Svagheter

- Problematisk arbetsmiljö för ST-läkare på operationsavdelningen där flera upplever kränkande särbehandling. Omfattningen av arbetsmiljöproblemen på operationsavdelningen är sådana att utbildningsmålen riskeras att inte nås.
- Omfattningen av studierektorns för uppdragets avsatta tid står inte i proportion till uppdragets storlek.
- Den kliniska vardagen präglas av höga krav på vårdproduktion. Det har lett till att det saknas tillgång till medarbetare, framförallt specialistläkare, som kan ge instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt liksom återkoppling kring genomförda insatser.
- De individuella utbildningsprogrammen saknar koppling mellan delmål, utbildningsaktiviteter (dvs kliniska tjänstgöringar på sektionnivå samt intern- och extern utbildning), när dessa ska förläggas och framförallt hur måluppfyllelse på delmålsnivå ska bedömas.
- Handledningen saknar struktur kopplad till målbeskrivningen och individuellt utbildningsprogram. Viktiga funktioner riskerar därför att utelämnas (såsom handledning i olika kommunikativa kompetenser och ledarskap samt den kontinuerliga bedömningen med på förhand kända metoder och dokumentation av kompetensutvecklingen).
- Det saknas fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning (vilket behöver inkludera framåtsyftande planering för kompetensutvecklingen) i vetenskaplig kompetens och kvalitetsarbete. Med fortlöpande avses insatser även utanför den för vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete avsatta tiden.
- Ett stort ansvar vilar på den individuella ST-läkaren att identifiera behov av tjänstgöringar och utbildningsaktiviteter. Detta gör att viktiga utbildningsaktiviteter riskerar att utelämnas och det gör att ST-läkarna och handledarna har svårt att avgöra om målen med de olika kliniska tjänstgöringarna uppnåtts.

Förbättringspotential

- En förutsättning för att implementera föreslagna åtgärder är att tillräckligt med tid avsätts för verksamhetschef, läkarchef, studierektor och handledare.
- Åtgärder för att adressera arbetsmiljöproblemen på operationsavdelningen behövs för att säkerställa kvaliteten i ST-utbildningen.
- Tillgången till instruktörer (ffa specialisläkare) behöver öka för att ge ST-läkarna tillräckligt med instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.
- Revidera de individuella utbildningsprogrammen (IUP) så att det utöver planerade tjänstgöringar och kurser också framgår hur respektive delmål ska uppnås och hur måluppfyllelse ska bedömas. Om revision görs i närtid möjliggörs också en anpassning till Covid-pandemins inverkan på förutsättningarna för måluppfyllelse.

- Målbeskrivningens uttolkning, dvs innehållet i SFAIs utbildningsbok, behöver vara känd handledare och ST-läkare.
- För att underlätta måluppfyllelse liksom handledning, återkoppling och bedömning av de olika delmålen kan de interna kliniska tjänstgöringarna hållas samman till de olika sektionerna i större utsträckning. Ett exempel på detta är behovet av en samlad barnplacering där samtliga barnanestesier under en tidsperiod samlas på några få ST-läkare.
- Utveckla huvudhandledarfunktionen:
 - Skapa en instruktion till ST-läkare och huvudhandledare som klargör vilka delmål som kan uppnås i samband med de olika interna och externa tjänstgöringsperioderna och hur delmålsuppfyllelse ska bedömas. Detta kommer att underlätta upprättandet och revisionen av IUP.
 - Den kontinuerliga kompetensbedömning av individuella delmål är central i huvudhandledarfunktionen. Dessa behöver vila på kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS, mini-CEX och 360). Det är viktigt att alla kompetensbedömningar kopplar mot individuella delmål.
 - Handledarsamtalen behöver utgå från IUP. Det betyder inte att varje handledarsamtal behöver göra det men det innebär att agendan för handledarsamtalet med jämna mellanrum behöver styras av innehållet i IUP och att IUP behöver revideras minst 1 gång per år.
 - Inför regelbundna handledarträffar för att utbilda och stödja handledarna.
- Fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning i vetenskaplig kompetens och kommunikativ kompetens kan genomföras i samband med "journal clubs".
- Tillvarata 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, preoperativa bedömningar och teamarbete.
- För att möjliggöra handledning, bedömning och återkoppling i ledarskapskompetens kan ST-läkarna exempelvis ingå i ledningsgruppen under en period. När ST-läkarna leder interna sammankomster, såsom morgonmöten, kan detta utnyttjas för återkoppling och handledning i kommunikation och ledarskap.

STRUKTUR

A Verksamheten

Länssjukhus med bred klinisk verksamhet med tillgång till samtliga opererande specialiteter förutom thorax- och neurokirurgi. IVA-avdelning med 8 respiratorplatser. Sjukhuset har förlossningverksamhet med tillhörande neonatalverksamhet. Det finns en välfungerande smärtenhet där ST-läkarna är placerade under utbildningen. Vid enheten arbetar flera disputerade narkosläkare och aktivt vetenskapligt arbete bedrivs. Det finns tillgång till prehospital verksamhet med placering både på vägbunden ambulans och helikopter. Kompletterande tjänstgöring sker på specialanestesi (ffa thorax- eller barnanestesi) och i de flesta fall på klinisk fysiologi. Patientsammansättningen bedöms i normalfallet (dvs under icke-pandemi) tillräckligt omfattande för att möjliggöra måluppfyllelse vilket också inkluderar tillräckligt antal barnanestesier.

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

Vid enheten arbetar 18 ST-läkare, 10 specialistläkare och 16 överläkare. Hög omsättning i ledningsgruppen under senaste 5 åren. Läkarbemanningen är stabil över tid med god tillgång till erfarna specialister. För att möta ökade produktionskrav finns för närvarande bemanningsläkare såväl dagtid som jourtid. Den kliniska vardagen präglas av höga krav på vårdproduktion. Det har lett till att det saknas tillgång till medarbetare, framförallt specialistläkare, som kan ge instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt liksom återkoppling kring genomförda insatser. Samtliga ST-läkare har tillgång till handledarutbildad handledare. Det saknas regelbundna handledarträffar. Det finns en handledarinstruktion men den är inte känd av handledarna och används inte i handledningen.

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

- 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

Utrustningen för diagnostik och behandling är synnerligen 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

Många av ST-läkarna upplever en kränkande särbehandling från narkossköterskegruppen på operationsavdelningen, framförallt tidigt under sin ST. Förhållandet uppmärksammades även vid SPUR-granskning 2016. Problematiken är känd av ledningsgruppen och problemet har adresserats vid flertalet tillfällen men utan framgång.

Innehållet i målbeskrivningen och dess uttolkning (SFAIs utbildningsbok) är inte tillräckligt känd av verksamhetschef, ST-läkare och handledare. Det finns styrande dokument för hur tjänstgöringstid ska fördelas på olika sektioner, men utöver detta saknas en klinikövergripande styrande rutin för hur ST ska planeras och genomföras för att möjliggöra måluppfyllelse. Sådan rutin innehåller bland annat tydliggjorda delmål för de olika interna och externa tjänstgöringsperioderna.

ST-läkarna upprättar ett individuellt utbildningsprogram (IUP) i början av ST, men en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och uppföljning saknas. IUP revideras inte i enlighet med regional rutin. Som en följd av detta saknas det också en plan för hur måluppfyllelse ska möjliggöras till följd av Covid-pandemin.

Nyanställda underläkare som ännu inte fått ST får tillgång till handledare, kursen "Först i ST" samt upprättar en IUP.

Proportionen av jourtjänstgöringen har under Covid-pandemin varit hög. Eftersom det saknas koppling till delmål i IUP för de olika interna placeringarna går det inte att objektivt bedöma i vilken omfattning måluppfyllelsen för de kliniska tjänstgöringarna påverkats av detta. Den subjektiva uppfattningen är att påverkan har skett men det saknas konkretiserade planer för hur måluppfyllelse ska möjliggöras trots detta.

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

De individuella utbildningsplanerna hanteras inte i samband med handledarsamtalen. Utbildningsaktiviteter och utvärderingar som behövs för att möjliggöra måluppfyllelse riskerar därför att utelämnas.

Det sker en fortlöpande strukturerad bedömning av ST-läkarnas övergripande kompetensutveckling (dvs inte på delmålsnivå) i samband med specialistkollegiet som sker 2 gånger per år (1g per år per ST-läkare). Enligt föreskriften behöver kompetensbedömning ske av individuella delmål

Huvudhandledarna och SR genomför en kontinuerligt informell bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling mellan specialistkollegium.

Vissa av ST-läkarna genomför kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder, men när dessa görs är de inte kopplade till målbeskrivningens delmål.

Om risk identifieras för att måluppfyllelse inte ska nås i samband med specialistkollegium skapas åtgärdsplan med ST, HL och SR där uppföljning och nytt specialistkollegium sker efter 6 månader.

Protokollen från specialistkollegiet dokumenteras, men i övrigt dokumenteras inte ST-läkarnas kompetensutveckling på delmålsnivå.

Handledarsamtalen dokumenteras inte av ST-läkarna.

Måluppfyllelse i samband med kompletterande tjänstgöring följs inte upp.

På grund av höga produktionskrav saknas tillgång till instruktörer. Det finns en stor vilja hos klinikens läkare att instruera ST-läkare men man upplever att tiden inte finns.

Avsatt tid för handledningssamtal finns bestämd dag varje vecka. Detta förutsätter att handledare och ST-läkare är i klinisk tjänst den dagen.

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

Kliniken erbjuder mycket goda möjligheter för ST-läkarna att genomgå extern teoretisk utbildning. På grund av produktionskrav utgår i många fall den generöst tilltagna interna utbildningen som omfattar flera utbildningstillfällen per vecka. Extern, men inte intern, teoretisk utbildning inplaneras i IUP. Kliniken har god måluppfyllelse avseende de teoretiska målen. Måluppfyllelse bedöms bland annat med hjälp av OLA-skrivning som samtliga ST-läkare deltar i.

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

Utbildning i medicinsk vetenskap erbjuds samtliga ST-läkare. Samtliga ST genomför skriftligt individuellt vetenskapligt arbete. Utöver perioden där ST-läkaren arbetar med det vetenskapliga arbetet sker inte en fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling av ST-läkarens vetenskapliga kompetens såsom kan ske vid exempelvis "journal clubs". ST-läkarna deltar på eget initiativ i kvalitetsutvecklingsarbeten såsom införande av nya rutiner. Samtliga ST-läkare ges förutsättningar att genomföra ett kvalitetsarbete. Utanför perioden då ST-läkaren genomför sitt kvalitetsarbete sker inte en fortlöpande bedömning av ST-läkarnas kompetens i kvalitetsutveckling såsom kan ske genom diskussion kring genomförda insatser i samband med handledarsamtal.

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 praktiserar tidigt ledarskap i den kliniska vardagen. ST-läkarna involveras i liten utsträckning i icke-medicinska ledningsfunktioner. Ledarskapsfrågor diskuteras i viss utsträckning i samband med handledningssamtalen. Återkoppling på genomförda insatser saknas i stor utsträckning. Bedömning av kompetensen sker i samband med specialistkollegiet. Kommunikation diskuteras vid handledarsamtalen men agendan är ostrukturerad varför olika områden där ST-läkaren tillämpar kommunikation riskerar att utelämnas. Bedömning av kommunikativ kompetens sker i samband med specialistkollegiet men återkoppling på genomförda insatser saknas ofta. ST-läkarna handleder och undervisar läkarstudenter och AT-läkare men det saknas handledning, bedömning och återkoppling på dessa insatser. ST-läkarna bereds möjlighet att delta i regionens nystartade Balint-grupper.

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.

Förslag till

Åtgärdsplan

efter

extern kvalitetsgranskning av specialiseringstjänstgöringen 2021-11-23

Sammanfattning av granskarna identifierade problem och brister:

- Problematisk arbetsmiljö för ST-läkare på operationsavdelningen där flera upplever kränkande särbehandling. Omfattningen av arbetsmiljöproblemen på operationsavdelningen är sådana att utbildningsmålen riskeras att inte nås.
- Omfattningen av studierektorns för uppdragets avsatta tid står inte i proportion till uppdragets storlek.
- Den kliniska vardagen präglas av höga krav på vårdproduktion. Det har lett till att det saknas tillgång till medarbetare, framför allt specialistläkare, som kan ge instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt liksom återkoppling kring genomförda insatser.
- De individuella utbildningsprogrammen saknar koppling mellan delmål, utbildningsaktiviteter (dvs kliniska tjänstgöringar på sektionsnivå samt intern- och extern utbildning), när dessa ska förläggas och framför allt hur måluppfyllelse på delmålsnivå ska bedömas.
- Handledningen saknar struktur kopplad till målbeskrivningen och individuellt utbildningsprogram. Viktiga funktioner riskerar därför att utelämnas (såsom handledning i olika kommunikativa kompetenser och ledarskap samt den kontinuerliga bedömningen med på förhand kända metoder och dokumentation av kompetensutvecklingen).
- Det saknas fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning (vilket behöver inkludera framåtsyftande planering för kompetensutvecklingen) i vetenskaplig kompetens och kvalitetsarbete. Med fortlöpande avses insatser även utanför den för vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete avsatta tiden.
- Ett stort ansvar vilar på den individuella ST-läkaren att identifiera behov av tjänstgöringar och utbildningsaktiviteter. Detta gör att viktiga utbildningsaktiviteter riskerar att utelämnas och det gör att ST-läkarna och handledarna har svårt att avgöra om målen med de olika kliniska tjänstgöringarna uppnåtts.

Urval av granskarna identifierad förbättringspotential:

- En förutsättning för att implementera föreslagna åtgärder är att tillräckligt med tid avsätts för verksamhetschef, läkarchef, studierektor och handledare.
- Åtgärder för att adressera arbetsmiljöproblemen på operationsavdelningen behövs för att säkerställa kvaliteten i ST-utbildningen.
- Tillgången till instruktörer (ffa specialisläkare) behöver öka för att ge ST-läkarna tillräckligt med instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.
- Revidera de individuella utbildningsprogrammen (IUP) så att det utöver planerade tjänstgöringar och kurser också framgår hur respektive delmål ska uppnås och hur måluppfyllelse ska bedömas. Om revision görs i närtid möjliggörs också en anpassning till Covid-pandemins inverkan på förutsättningarna för måluppfyllelse.
- För att underlätta måluppfyllelse liksom handledning, återkoppling och bedömning av de olika delmålen kan de interna kliniska tjänstgöringarna hållas samman till de olika sektionerna i större utsträckning. Ett exempel på detta är behovet av en samlad barnplacering där samtliga barnanestesier under en tidsperiod samlas på några få ST-läkare.
- Utveckla huvudhandledarfunktionen:
 - Skapa en instruktion till ST-läkare och huvudhandledare som klargör vilka delmål som kan uppnås i samband med de olika interna och externa tjänstgöringsperioderna och hur delmålsuppfyllelse ska bedömas. Detta kommer att underlätta upprättandet och revisionen av IUP.
 - Den kontinuerliga kompetensbedömning av individuella delmål är central i huvudhandledarfunktionen. Dessa behöver vila på kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS, mini-CEX och 360). Det är viktigt att alla kompetensbedömningar kopplar mot individuella delmål.
 - Handledarsamtalen behöver utgå från IUP. Det betyder inte att varje handledarsamtal behöver göra det men det innebär att agendan för handledarsamtalet med jämna mellanrum behöver styras av innehållet i IUP och att IUP behöver revideras minst 1 gång per år.
 - Inför regelbundna handledarträffar för att utbilda och stödja handledarna.

Övergripande värdering av studierektorn:

Rapporten rör i princip tre huvudkritikpunkter:

- A. En besvärlig arbetsmiljö främst på operationsavdelningen med höga produktionskrav och fall av kränkande särbehandling

Ledningen har påbörjat ett arbete med att komma till rätta med problemen och en del åtgärder har redan vidtagits. Problemet tas på största allvar. Lyfts av chefer i både läkar- och narkosköterskegruppen. Arbete påbörjat där arbetsgrupp med representanter från läkarchefer, avdelningschefer, narkosläkare och narkosköterskor skapats. Vidare ska alla klinikens medarbetare under året genomgå en utbildning i aktivt medarbetarskap. Dessutom har läkarchefsstrukturen ändrats from 1 januari 2022. Nu finns en ST-läkarchef som har mer tid och bättre förutsättningar för att arbeta med och följa upp ST-läkarnas arbetsmiljö.

- B. Otillräckligt med avsatt tid för utbildningsåtgärder på flera plan

Det har utarbetats ett förslag för en ny arbetsbeskrivning för studierektorn som innebär mera avsatt tid för uppdraget (40% i stället för dagens 20%). Även de sektionsansvariga läkarna som just nu inte har någon tid avsatt för sina uppdrag bör få schemalagd tid för utveckling och utbildning. På sikt får man se över bemanningsnyckeln även på narkosläkarsidan som tar höjd för utbildning. Hälso- och sjukvårdsdirektören har precis beslutat om en ny beräkningsmodell på vårdavdelningarna som tar höjd för bland annat inskolning av nya medarbetare, handledning av studenter, utbildningar, utvecklings- och kvalitetsarbeten och som kompenserar med ett högre bemanningstal. Ett likadant arbete skulle kunna påbörjas i vår verksamhet.

- C. Avsaknad av genomstrukturerad specialiseringstjänstgöring

Vi har av sed inte haft en mycket reglerad specialiseringstjänstgöring utan lämnat mycket friheter till ST-läkaren och handledaren för att verkligen utforma en individuell tjänstgöring. Rapporten har visat baksidorna i att det till exempel inte arbetas med utbildningsprogrammen i den utsträckning som föreskriften kräver, och att det kan leda till orättvisa när några ST-läkare tar för sig så att de mera blygsamma hamnar i skymundan.

Jag anser att en specialiseringstjänstgöring som tillåter stora friheter och en individuell prägel är en stor styrka som vi inte bör ge upp till förmån för en helt genomstrukturerad tjänstgöring som den enskilda läkaren inte kan påverka.

Däremot behövs det instrument som säkerställer att föreskrifterna följs och att systemet förblir rättvist. I stället för att studierektorn blir en kontrollinstans föredrar jag att studierektorn regelbundet handleder handledarna och på så sätt säkerställer en jämn och hög kvalitet av en individuell specialiseringstjänstgöring.

Avvikelser från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2015:8:

Inledande kommentar: Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:8 är upphävt genom och ersatt med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring HSLF-FS 2021:8 som trädde i kraft den 1 juli 2021.

Alla våra nuvarande ST-läkare och troligtvis de blivande i många år framöver kan sin ansökan om bevis om specialistkompetens få prövade enligt kraven i SOSFS 2015:8 om de begär det. Det torde vara alla. Organisatoriskt bör vi inrikta oss på HSLF-FS 2021:8 som delvis har en annan ansvarsfördelning.

Ej uppfylld föreskrift: Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Vårdgivaren

Kommentar rapport: Den kliniska vardagen präglas av höga krav på vårdproduktion. Det har lett till att det saknas tillgång till medarbetare, framför allt specialistläkare, som kan ge instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt liksom återkoppling kring genomförda insatser.

Förbättringspotential enligt rapport: Tillgången till instruktörer (ffa specialistläkare) behöver öka för att ge ST-läkarna tillräckligt med instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.

Kommentar läkarchef:

Ett svårt och långsiktigt arbete pågår. Vi ökar rekryteringen av ST-läkare för att långsiktigt bli fler kollegor. Detta är förstås en balansgång för vi måste samtidigt kunna upprätthålla bra utbildning och handledning. Under detta år kommer vi få 6 nya specialister och sedan hösten -21 har vi kontinuerligt hyrläkare för att avlasta den fasta personalen. Dessutom pågår ett schemaprojekt där vi försöker hitta en bättre schemamodell avseende bland annat återhämtning, kontinuitet och kompetens.

Redan vidtagna åtgärder:

- Rekrytering har ökats, vi kommer att få sex nya specialistläkare under 2022
- Hyrläkare sedan hösten 2022 för att avlasta den fasta personalen
- Schemaprojekt startat för bättre återhämtning, kontinuitet och kompetens

Ej uppfyllt föreskrift: Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.

Kommentar rapport: Innehållet i målbeskrivningen och dess uttolkning (SFAls utbildningsbok) är inte tillräckligt känd av verksamhetschef, ST-läkare och handledare. Det finns styrande dokument för hur tjänstgöringstid ska fördelas på olika sektioner, men utöver detta saknas en klinikövergripande styrande rutin för hur ST ska planeras och genomföras för att möjliggöra måluppfyllelse. Sådan rutin innehåller bland annat tydliggjorda delmål för de olika interna och externa tjänstgöringsperioderna.

Problem:

Ej tillräcklig känd målbeskrivning och utbildningsbok
Avsaknad av klinikövergripande styrande rutin

Kommentar studierektor:

Problemet har lyfts till den regionsövergripande ST-studierektor med önskan att se över både handledarutbildningens och introduktionsutbildningen Först-i-STs innehåll. Där borde det finnas gott om tid för både handledare och ST-läkare att bekanta sig med innehållet i både Socialstyrelsens målbeskrivning och SFAls utbildningsbok. För att komma åt problemet ännu bättre borde det avsättas tid för studierektorn att regelbundet handleda handledarna.

Avsaknad av klinikövergripande styrande rutin tycker jag är svårare att åtgärda på ett bra sätt. Personligen anser jag att SFAls utbildningsbok är mer än tillräckligt för uttolkningen av målbeskrivningen. Personligen tycker jag inte att kliniken behöver uppfinna hjulet på nytt, dessutom leder det bara till ojämlikhet om landets alla anestesikliniker tar fram egna uttolkningar.

ST-läkarnas specialiseringstjänstgöring ska vara individuell och utbildningsplanerna ska vara individuella. Detta kräver stort eget ansvar och står i motsats till att kliniken ska styra, ju mera kliniken styr desto mindre individuell blir specialiseringstjänstgöringen. Det finns en konsensus över hur fördelningen av ST i Karlstad ungefär bör se ut för att komma i målet, denna konsensus kan föras över i en rutin som publiceras på VIDA och på så vis torde föreskriftens krav vara uppfyllda.

Tydliggjorda delmål för de olika interna och externa placeringar finns det t ex för ortopediplaceringen och för den prehopsitalplaceringen, och den är i arbete för intensivvårdsplaceringen. För övriga sektioner bör de tas fram av de sektionsansvariga under studierektorns handledning och respektive MLAs översyn.

Vad som gäller de externa placeringarna anser jag att det är mycket svårt för oss att ta fram en målbeskrivning. Vi får be de ställena vi skickar ST-läkarna till för randning om en sådan.

Åtgärdsförslag:

1. Kliniken uppmärksammar den regionsövergripande ST-studierektorn om problemet
Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: utfört
2. Införande av handledning av handledarna
Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: koncept före sommaren, i gång efter sommaren
3. Utarbeta och publicera en enkel mall för ST i VIDA
Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: hösten 2022
4. Framtagandet av en målbeskrivning för de interna placeringarna. Detta åligger de sektionsansvariga läkarna som måste få avsatt tid för detta omfattande uppdrag.
Ansvarig: Läkarcheferna för att bereda tid, sektionsansvariga för att utarbeta beskrivningen i samråd med studierektorn; tidsplan: slutet av 2022
5. Inhämta målbeskrivning för de externa placeringarna
Ansvarig: Studierektor; tidsplan: hösten 2022

Ej uppfyllt föreskrift: Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig verksamhetschef

Kommentar rapport: ST-läkarna upprättar ett individuellt utbildningsprogram (IUP) i början av ST, men en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och uppföljning saknas. IUP revideras inte i enlighet med regional rutin. Som en följd av detta saknas det också en plan för hur måluppfyllelse ska möjliggöras till följd av Covid-pandemin.

Nyanställda underläkare som ännu inte fått ST får tillgång till handledare, kursen "Först i ST" samt upprättar en IUP.

Proportionen av jourtjänstgöringen har under Covid-pandemin varit hög. Eftersom det saknas koppling till delmål i IUP för de olika interna placeringarna går det inte att objektivt bedöma i vilken omfattning måluppfyllelsen för de kliniska tjänstgöringarna påverkats av detta. Den subjektiva uppfattningen är att påverkan har skett men det saknas konkretiserade planer för hur måluppfyllelse ska möjliggöras trots detta.

Kommentar studierektor:

Verktygen finns i form av IT-stödet "ST-Forum" som Region Värmland använder sig av. De används inte i den utsträckning som är krävs av föreskriften.

Åtgärdsförslag:

- 6.Handledning av handledarna och ST-läkarna i hur de individuella utbildningsprogrammen ska revideras.
Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: hösten
7. Utkrävande av "Årsrapport" samt "Handledarutlåtande" i ST-Forum av alla ST-läkarna och alla handledarna. De måste få tid avsatt för att ta fram dessa dokument.
Ansvarig för upprättandet: ST-läkare och handledare, ansvarig för kontrollen: studierektor; tidsplan: fr o m år 2022, dvs ska tas fram i början på 2023
8. Granskning av IUP under vart medarbetarsamtal
Ansvarig: läkarchef; tidsplan: våren 2022

Ej uppfylld föreskrift:Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.

Kommentar rapport: De individuella utbildningsplanerna hanteras inte i samband med handledarsamtalen. Utbildningsaktiviteter och utvärderingar som behövs för att möjliggöra måluppfyllelse riskerar därför att utelämnas.

Åtgärdsförslag:

9. Handledning av handledarna och ST-läkarna i hur de individuella utbildningsplanerna ska hanteras i handledarsamtalen.

Ansvarig: Studierektor; tidsplan: hösten 2022

Ej uppfyllt föreskrift: Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8: Handledaren och verksamhetschefen

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig handledare

Ansvar för den sammantagna bedömningen inför ansökan om bevis om specialistkompetens: huvudansvarig handledare och en av vårdgivaren utsedd läkare
Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar

Kommentar rapport: Det sker en fortlöpande strukturerad bedömning av ST-läkarnas övergripande kompetensutveckling (dvs inte på delmålsnivå) i samband med specialistkollegiet som sker 2 gånger per år (1g per år per ST-läkare). Enligt föreskriften behöver kompetensbedömning ske av individuella delmål.

Huvudhandledarna och SR genomför en kontinuerligt informell bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling mellan specialistkollegium.

Vissa av ST-läkarna genomför kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder, men när dessa görs är de inte kopplade till målbeskrivningens delmål.

Kommentar studierektor:

Jag tycker att det är svårt att koppla t ex en DOPS till delmålen. Dels är delmålen mycket omfattande och övergripande där en enda DOPS varken gör av eller till, och dels rör alla moment alltid flera, dels många, delmål. Att räkna upp delmålen vid varenda Mini-CEX, DOPS, CBS osv tror jag blir lite "l'art pour l'art" och tillför ingen större nytta. Den kontinuerliga bedömningen på delmålsnivå tycker jag ska ske under handledarsamtalen.

Problemet skulle kunna lösas genom att till exempel ta fram en lista nyckelfärdigheter i placeringarna, (EPA, förtroende-baserade professionella aktiviteter) som är kopplade mot delmålen och utföra kompetensbedömningarna mot dessa EPA.

Åtgärdsförslag:

10. Kontinuerlig bedömning av kompetensuppfyllelse samt genomgång av ett utvalt delmål vid vartenda handledarsamtal
Ansvarig: handledarna; tidsplan: våren 2022

11. Framtagandet av EPA (förtroende-baserade professionella aktiviteter) för nyckelfärdigheter och koppla dessa mot delmålen. Omarbeta "serviceboken".
Ansvarig: Studierektor i samråd och i samarbete med de sektionsansvariga läkarna; tidsplan: omfattande arbete, inte realistiskt att ha det klart före 2023

Ej uppfyllt föreskrift: Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8: Verksamhetschef

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: framgår inte explicit men verka ligga på den huvudansvariga handledaren. Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar.

Kommentar rapport: Protokollen från specialistkollegiet dokumenteras, men i övrigt dokumenteras inte ST-läkarnas kompetensutveckling på delmålsnivå.

Handledarsamtalen dokumenteras inte av ST-läkarna.

Kommentar studierektor: Den tekniska lösningen finns i och med att Region Värmland använder sig av ST-Forum. DOPS, Mini-CEX, CBD och andra "på förhand kända och överenskomna metoder" kan dokumenteras där. Dock saknas där en koppling mellan bedömningsinstrument och delmålet, vilket jag tror är svårt att få till. Dels är delmålen mycket omfattande, dels omfattar en bedömning ofta flera delmål, t ex utöver det rent tekniska även kommunikation, vårdhygien, osv.

Handledarsamtalen kan dokumenteras i ST-Forum i fliken "anteckningar". Dessutom finns det funktionerna "årsrapport" och "handledarutlåtande" där en sammanfattande dokumentation av utvecklingen kan göras.

Kompetensutvecklingen på delmålsnivå kan, såvitt jag kan se, i ST-Forum endast dokumenteras genom regelbundet överseende av den individuella utbildningsplanen där man på delmålsnivå kan dokumentera hur man planerar att uppnå delmålet, på vilket sätt man planerar att använda de lärandemetoderna som definieras i delmålet samt vilka kompetensvärderingsverktyg kan hjälpa att nå målet.

Problemet idag är att dessa verktyg inte används. Lösningen består således genom att få ST-läkarna och handledarna att använda de instrument som finns.

Åtgärdsförslag:

12. Utkrävande att vartenda handledarsamtal dokumenteras i fliken "anteckningar" i ST-forum

Ansvarig: ST-läkarna, studierektor kontrollerar vid handledning av handledarna och ST-läkaren; tidsplan: våren 2022

Ej uppfyllt föreskrift: ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms
fortlöpande och återkoppling sker.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8:Handledaren och verksamhetschefen

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig handledare

Ansvar för den sammantagna bedömningen inför ansökan om bevis om
specialistkompetens: huvudansvarig handledare och en av vårdgivaren utsedd läkare
Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar

Kommentar rapport: Utöver perioden där ST-läkaren arbetar med det
vetenskapliga arbetet sker inte en fortlöpande handledning, bedömning och
återkoppling av ST-läkarens vetenskapliga kompetens såsom kan ske vid exempelvis
"journal clubs".

Fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning i vetenskaplig kompetens
och kommunikativ kompetens kan genomföras i samband med "journal clubs".

Åtgärdsförslag:

13. 1. Införandet av Journal Club

Ansvarig: Linus Lilja, tidsplan: hösten 2022

ST-läkaren med. dr. Linus Lilja kommer efter sin föräldraledighet starta upp och leda
en Journal Club. Detta kommer att vara hans kvalitetsarbete i hans ST. Handledare i
kvalitetsarbetet kan vara hans huvudansvarige handledare Per Östergren, handledare
i det vetenskapliga kan vara docent Ragnar Henningsson.

I planen ska det även ingå hur ST-läkarna får feedback och hur deras vetenskapliga
kompetens bedöms.

Tidsplan:

Arbetet kommer att påbörjas till hösten 2022, när Linus är tillbaka från sin
föräldraledighet. Målet är att ha en Journal Club på plats senast årsskiftet 2022/23.

Ansvar:

Linus Lilja

Studierektor

Uppföljning:

Studierektor

Ytterligare åtgärdsförslag:

13. 2. Revision av "serviceboken" på det sättet att delmålet a5 berörs regelbundet.

Ansvarig: studierektor, tidsplan: våren 2023

- 13.3. Diskussion om nya rön och hur dessa värderas i förhållande till tidigare kunskap och etablerad praxis kan tas upp regelbundet på iva – rondan eller vid andra diskussioner om patienter.
Ansvarig: studierektor, tidsplan: våren 2023

Ej uppfyllt föreskrift: ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8: Handledaren och verksamhetschefen

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig handledare

Ansvar för den sammantagna bedömningen inför ansökan om bevis om specialistkompetens: huvudansvarig handledare och en av vårdgivaren utsedd läkare
Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar

Kommentar rapport: ST-läkarna deltar på eget initiativ i kvalitetsutvecklingsarbeten såsom införande av nya rutiner.

Samtliga ST-läkare ges förutsättningar att genomföra ett kvalitetsarbete. Utanför perioden då ST-läkaren genomför sitt kvalitetsarbete sker inte en fortlöpande bedömning av ST-läkarnas kompetens i kvalitetsutveckling såsom kan ske genom diskussion kring genomförda insatser i samband med handledarsamtal.

Kommentar studierektor:

När handledarsamtalen struktureras om så att kompetensuppfyllelse på delmålsnivå går genom kommer det att leda till att även kompetens i kvalitetsutveckling bedöms och dokumenteras.

Åtgärdsförslag:

10. Kontinuerlig bedömning av kompetensuppfyllelse samt genomgång av ett utvalt delmål vid vartenda handledarsamtal

Ansvarig: handledarna; tidsplan: våren 2022

Ej uppfylld föreskrift: ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.

Kommentar rapport:

Tillvarata 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, preoperativa bedömningar och teamarbete.

Kommentar studierektor:

Rapporten innehåller redan åtgärdsförslag som vi kan tillägna oss. Dessutom kommer även kompetensutveckling i ledarskap att tas upp vid vartenda handledarsamtal när man går genom de olika delmålen.

Åtgärdsförslag:

14. Regelbunden återkoppling av överrapportering, journalanteckningar, preoperativa bedömningar och teamarbete. CBD är ett lämpligt instrument för detta ändamål.

Ansvarig: Handledarna; tidsplan: våren 2022

Ej uppfyllt föreskrift: ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8: Handledaren och verksamhetschefen

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig handledare

Ansvar för den sammantagna bedömningen inför ansökan om bevis om specialistkompetens: huvudansvarig handledare och en av vårdgivaren utsedd läkare
Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar

Kommentar rapport: ST-läkarna praktiserar tidigt ledarskap i den kliniska vardagen. ST-läkarna involveras i liten utsträckning i icke-medicinska ledningsfunktioner. Ledarskapsfrågor diskuteras i viss utsträckning i samband med handledningssamtalen. Återkoppling på genomförda insatser saknas i stor utsträckning. Bedömning av kompetensen sker i samband med specialistkollegiet.

För att möjliggöra handledning, bedömning och återkoppling i ledarskapskompetens kan ST-läkarna exempelvis ingå i ledningsgruppen under en period. När ST-läkarna leder interna sammankomster, såsom morgonmöten, kan detta utnyttjas för återkoppling och handledning i kommunikation och ledarskap.

Kommentar studierektor:

Rapporten innehåller åtgärdsförslag. Beslut måste fattas på högre nivå. Om vi har 15 ST-läkare då finns det enbart utrymme på fyra månader om varje ST-läkare under sin ST vid något tillfälle ska ingå i ledningsgruppen. Detta är kanske en alltför kort tid och skulle kunna lösas genom att låta två ST-läkare samtidigt ingå i verksamhetsledningen under åtta månader med överlappande mandatperioder.

Åtgärdsförslag:

15. Utarbeta ett koncept hur och när ST-läkarna kan integreras i verksamhetsledningen enligt SPUR-rapportens förslag.

Ansvarig: Verksamhetschef; tidsplan: hösten 2022

Ej uppfyllt föreskrift: ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

Ansvar enligt SOSFS 2015:8:Handledaren och verksamhetschefen

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Huvudansvarig handledare

Ansvar för den sammantagna bedömningen inför ansökan om bevis om specialistkompetens: huvudansvarig handledare och en av vårdgivaren utsedd läkare
Studierektorn bör ta del av dessa bedömningar

Kommentar rapport: Kommunikation diskuteras vid handledarsamtalen men agendan är ostrukturerad varför olika områden där ST-läkaren tillämpar kommunikation riskerar att utelämnas. Bedömning av kommunikativ kompetens sker i samband med specialistkollegiet men återkoppling på genomförda insatser saknas ofta. Fortlöpande bedömning, återkoppling och handledning i vetenskaplig kompetens och kommunikativ kompetens kan genomföras i samband med "journal clubs".

Kommentar studierektor:

När handledarsamtalen struktureras om så att kompetensuppfyllelse på delmålsnivå går genom kommer det att leda till att även kommunikativ kompetens bedöms och dokumenteras.

Åtgärdsförslag:

10. Kontinuerlig bedömning av kompetensuppfyllelse samt genomgång av ett utvalt delmål vid vartenda handledarsamtal

Ansvarig: handledarna; tidsplan: våren 2022

Avvikelser från allmänna råd i SOSFS 2015:8

Inledande kommentar: Som regionalkommunal myndighet kan vi inte bara bortse från Socialstyrelsens allmänna råd. "Bör" i detta sammanhang ska tolkas som "lämpligen eller med rätta eller nödvändighet skola utföra viss handling, vara på visst sätt eller dylikt¹". Skillnaden mot en föreskrift är att man har möjlighet att nå samma mål på annat sätt, men man har alltså inte möjlighet att strunta i rådet.

¹ Svensk ordbok. Svenska Akademien 2021

Ej uppfyllt allmänt råd: ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Vårdgivaren ansvarar att det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.

Kommentar rapport: På grund av höga produktionskrav saknas tillgång till instruktörer. Det finns en stor vilja hos klinikkens läkare att instruera ST-läkare men man upplever att tiden inte finns.

Kommentar studierektor:

Inspektörerna syftar till att det saknas tid för specialistläkarna att handleda. Detta är ett kompetensförsörjningsproblem där ansvaret ligger på läkarchefen och högre nivåerna och diskuteras närmare på sida 6.

En möjlighet för ST-läkarna att få fortlöpande instruktioner är ju att utsätta dem i större utsträckning för patienter och i mindre utsträckning för papper och datorer. Vi har testat en salsplacering sent i ST på kirurgsektionen (för t ex ingrepp på pancreas, bukaorta, carotis) som föll bra ut men sedan inte kunde implementeras pga SARS-CoV-2-pandemin. Likadan placering torde ha stort utbildningsvärde även för t ex ingrepp som rör barn, som rör luftväg, osv. Detta utbildningsupplägg är effektivt men personalintensivt. För att samtidigt upprätthålla det som kallas för vårdproduktion krävs mera arbetskraft.

Redan vidtagna åtgärder:

- Rekrytering har ökats, vi kommer att få sex nya specialistläkare under 2022
- Hyrläkare sedan hösten 2022 för att avlasta den fasta personalen
- Schemaprojekt startat för bättre återhämtning, kontinuitet och kompetens

Åtgärdsförslag:

16. Se över om handledningsresurs kan frigöras med förändrat arbetssätt.

Ansvarig: Läkarcheferna; Tidsplan: öppet

17. De sektionsansvariga läkarna behöver tid avsatt för att utveckla sin sektion och för att ta fram utbildningsplaner som rör sina sektioner. Där kan det ingå sena salsplaceringar.

Ansvarig: Läkarcheferna för att bereda tid, sektionsansvariga för att utarbeta utbildningsplaner i samråd med studierektorn; tidsplan: slutet av 2022

Ej uppfyllt allmänt råd: Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Vårdgivaren ansvarar för att ändamålsenliga metoder används för läkarnas kompetensbedömning.

Kommentar rapport: Vissa av ST-läkarna genomför kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder, men när dessa görs är de inte kopplade till målbeskrivningens delmål.

Kommentar studierektor:

Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder, vilket i Region Värmland är Mini-CEX, DOPS, CBD, 360 graders bedömning och specialistkollegium.

Varje bedömning rör flera delmål, en CVK-inläggning t ex delmål c5 vilket är mycket omfattande, samt e ex delmålen a1, a3, b1, c3. Det skulle gå att räkna upp dessa delmål på DOPS-blanketten men det är tidskrävande och för inte kompetensutvecklingen vidare enligt min åsikt. Kopplingen till delmålen sker lämpligast under handledningssamtalen och under den regelbundna revisionen av den individuella utbildningsplanen.

Åtgärdsförslag:

Rådet kan följas som ovan, genom att kopplingen görs på handledarsamtalen och vid revisionen av utbildningsplanen.

10. Kontinuerlig bedömning av kompetensuppfyllelse samt genomgång av ett utvalt delmål vid vartenda handledarsamtal
Ansvarig: handledarna; tidsplan: våren 2022

Ej uppfyllt allmänt råd: Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Ansvar enligt HSLF-FS 2021:8: Den huvudansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det tas fram ett utbildningsprogram. Studierektorn ska samordna de interna och externa utbildningsaktiviteterna.

Kommentar rapport: Extern, men inte intern, teoretisk utbildning inplaneras i IUP.

Kommentar studierektor: I den interna utbildningen går man genom böckerna Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia och Oh's Intensive Care Manual enligt ett rullande schema. Böckerna täcker i princip alla delmål förutom a6 och c13. Dessutom har vi en del simulationsövningar som täcker många delmål, särskilt a1 och c12. Vad som gäller den interna teoretiska utbildningen finns det ingen valfrihet och inget planeringsutrymme för ST-läkarna, utan de blir schemalagda. Vi kan be ST-läkarna och nämna dessa utbildningar i sina IUP, fast jag ser inget större utbildningsvärde i detta.

Åtgärdsförslag:

18. Den interna utbildningen nämns och planeras in i de individuella utbildningsprogrammen.

Ansvarig: ST-läkarna; tidsplan: före sommaren 2022

Ej uppfyllt allmänt råd: ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.

Kommentar rapport: ST-läkarna handleder och undervisar läkarstudenter och AT-läkare men det saknas handledning, bedömning och återkoppling på dessa insatser.

Åtgärdsförslag:

19. Specialisterna närvarar när ST-läkarna handleder och undervisar och ger sedan återkoppling.
20. Undervisning tas upp på handledningssamtalen.

Ej uppfyllt allmänt råd: ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.

Kommentar rapport: ST-läkarna handleder och undervisar läkarstudenter och AT-läkare men det saknas handledning, bedömning och återkoppling på dessa insatser.

Åtgärdsförslag:

19. Specialisterna närvarar när ST-läkarna handleder och undervisar och ger sedan återkoppling.

20. Handledning tas upp på handledningssamtalen.

Avvikelser från kvalitetsindikationer:

Inledande kommentar: Kvalitetsindikatorerna är inte föreskrifter eller allmänna råd från myndigheterna utan härstammar professionen. Även om de inte är tvingande ska vi ändå sträva efter att uppfylla dem för en högkvalitativ specialiseringstjänstgöring.

Ej uppfylld kvalitetsindikator: Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.

Kommentar rapport: Det saknas regelbundna handledarträffar. Det finns en handledarinstruktion men den är inte känd av handledarna och används inte i handledningen.

Kommentar studierektor: Nästan alla specialistläkare har handledaruppdrag. En handledarträff motsvarar alltså i praktiken en specialistläkarträff. Rimlig är nog en per termin som på något sätt måste passa i schemat. Antingen tar man en torsdag då försvinner två utbildningstillfällen för kliniken, eller så hittar man en annan plats i schemat. Var i schemat och vad som ska prioriteras bort är ett beslut som läkarcheferna måste ta.

Åtgärdsförslag:

21. Handledarträff en gång per termin införs. Mötet hålls av studierektorn. Att det finns tid avsatt i schemat ansvarar läkarcheferna för.

Ansvarig för att bereda tid: läkarcheferna, ansvarig för att utarbeta koncept: studierektor; tidsplan: koncept före sommaren 2022, i gång hösten 2022

Ej uppfyllt kvalitetsindikator: 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.

Kommentar rapport: Många av ST-läkarna upplever en kränkande särbehandling från narkosköterskegruppen på operationsavdelningen, framförallt tidigt under sin ST. Förhållandet uppmärksammades även vid SPUR-granskning 2016. Problematiken är känd av ledningsgruppen och problemet har adresserats vid flertalet tillfällen men utan framgång.

Åtgärdsförslag:

22. Åtgärdsprogram måste utarbetas och tas fram av cheferna
Ansvarig: Verksamhetschef; tidsplan: arbetet har påbörjats

Ej uppfyllt kvalitetsindikator: ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

Kommentar studierektor: Inte så lätt. Jag har bett om det några gånger men aldrig fått. Problemet är utbredd och drabbar inte bara oss. Blankett / instrument för detta finns. Ett radikalt åtgärdsförslag är att Region Värmland tar in krav för en utvärdering i sina avtal med universitetssjukhusen och håller in betalning tills dokumentet föreligger. Risk är då att vi uppfattas som jobbiga och våra ST-läkare prioriteras ner. Bäst om man hittar en regionövergripande lösning men på rak arm vet jag inte var man skulle kunna ta upp det här problemet.

Åtgärdsförslag:

23. Kliniken där ST-läkaren randar sig ombeds att återkoppla enligt befintlig mall. Ansvarig: randande ST-läkare; studierektor kontrollerar vid handledarsamtal; tidsplan före sommaren 2022

Ej uppfyllt kvalitetsindikator: ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.

Kommentar studierektor: ST-läkarna uppmanas regelbundet att publicera eller presentera sina arbeten. Få som nappar, fast en ST-läkare har fått ett egenreferat publicerat i SFAI-Tidningen Vol 28 Nr 1 sidorna 19-20.

Möjligt åtgärdsförslag är att ST-läkarna prioriteras för att få åka till SFAI-möte när de presenterar sitt arbete där. Eventuellt kan annat belöningssystem hittas.

Åtgärdsförslag:

24. Uppmana ST-läkarna att publicera eller presentera sina arbeten. Hitta ett belöningssystem.

Ansvarig: Studierektor i samråd med läkarcheferna; tidsplan hösten 2022

Ej uppfylld kvalitetsindikator: Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Åtgärdsförslag:

25. Införa Journal Club även på klinisknivå, exempelvis på en torsdag morgon, 1-2 ggr per termin.

Ansvarig: Mötesansvariga; tidsplan: hösten 2022

Övergripande rekommendationer av granskarna:

En förutsättning för att implementera föreslagna åtgärder är att tillräckligt med tid avsätts för verksamhetschef, läkarchef, studierektor och handledare.

Kommentar läkarchef: Studierektorns uppdragsbeskrivning ses över och med det kommer också tjänstegraden att ökas från 20% till 30-40%.

Kommentar studierektor: En ny arbetsbeskrivning för studierektorn har föreslagits och bifogas som bilaga.

Övergripande rekommendationer av granskarna:

Tillgången till instruktörer (ffa specialisläkare) behöver öka för att ge ST-läkarna tillräckligt med instruktioner i verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.

Kommentar studierektor: Det omfattande läkarchefsuppdraget har delats upp på två personer. Kompetensförsöringen kommer att ses över, och rekryteringstakten har ökats. Se sida 6 för en mera utförlig diskussion.

Redan vidtagna åtgärder:

- Rekrytering har ökats, vi kommer att få sex nya specialisläkare under 2022
- Hyrläkare sedan hösten 2022 för att avlasta den fasta personalen
- Schemaprojekt startat för bättre återhämtning, kontinuitet och kompetens

Övergripande rekommendationer av granskarna:

Revidera de individuella utbildningsprogrammen (IUP) så att det utöver planerade tjänstgöringar och kurser också framgår hur respektive delmål ska uppnås och hur måluppfyllelse ska bedömas. Om revision görs i närtid möjliggörs också en anpassning till Covid-pandemins inverkan på förutsättningarna för måluppfyllelse.

Kommentar studierektor: Med den föreslagna handledningen av handledarna kommer detta vara en stående punkt och handledarna kommer att få stöd och förståelse i hur man jobbar regelbundet med utbildningsprogrammet.

Åtgärdsförslag:

26.Handledning av handledarna och ST-läkarna i hur de individuella utbildningsplanerna ska hanteras i handledarsamtalen.

Ansvarig: Studierektor; tidsplan: hösten 2022

Övergripande rekommendationer av granskarna:

För att underlätta måluppfyllelse liksom handledning, återkoppling och bedömning av de olika delmålen kan de interna kliniska tjänstgöringarna hållas samman till de olika sektionerna i större utsträckning. Ett exempel på detta är behovet av en samlad barnplacering där samtliga barnanestesier under en tidsperiod samlas på några få ST-läkare.

Kommentar studierektor: Schemalaggningsen har ändrats så att det är mera synligt var ST-läkaren är placerad. Med ökat bemanning förväntas man även lycka med mera sammanhållen tjänstgöring. Koncept för barnplacering men även andra placeringar måste ses över och revideras eller utarbetas där de saknar, för detta behöver de sektionsansvariga avsatt tid.

Åtgärdsförslag:

18. De sektionsansvariga läkarna behöver tid avsatt för att utveckla sin sektion och för att ta fram utbildningsplaner som rör sina sektioner. Där kan det ingå sena salsplaceringar.

Ansvarig: Läkarcheferna för att bereda tid, sektionsansvariga för att utarbeta utbildningsplaner i samråd med studierektorn; tidsplan: slutet av 2022

Övergripande rekommendationer av granskarna:

Utveckla huvudhandledarfunktionen:

- Skapa en instruktion till ST-läkare och huvudhandledare som klargör vilka delmål som kan uppnås i samband med de olika interna och externa tjänstgöringsperioderna och hur delmålsuppfyllelse ska bedömas. Detta kommer att underlätta upprättandet och revisionen av IUP.
- Den kontinuerliga kompetensbedömning av individuella delmål är central i huvudhandledarfunktionen. Dessa behöver vila på kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS, mini-CEX och 360). Det är viktigt att alla kompetensbedömningar kopplar mot individuella delmål.
- Handledarsamtalen behöver utgå från IUP. Det betyder inte att varje handledarsamtal behöver göra det men det innebär att agendan för handledarsamtalet med jämna mellanrum behöver styras av innehållet i IUP och att IUP behöver revideras minst 1 gång per år.
- Inför regelbundna handledarträffar för att utbilda och stödja handledarna.

Kommentar studierektor: Det finns en regionövergripande handledarinstruktion som visat sig att den inte är känd. Man kan bryta ner den på kliniknivå för att mera tydliggöra handledarnas uppdrag men även tidsåtgången. De övriga punkterna torde lösa sig med den föreslagna handledningen av handledarna, och har redan diskuterats ovan.

Åtgärdsförslag:

2. Kliniken uppmärksammar den regionsövergripande ST-studierektorn om problemet med otillräckligt kända föreskrifter och riktlinjer

Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: utfört

3. Införande av handledning av handledarna

Ansvarig: Studierektor; Tidsplan: koncept före sommaren, i gång efter sommaren

27. Utarbeta en handledarinstruktion på kliniknivå

Ansvarig: studierektor; tidsplan: hösten 2022

Av granskarna identifierade styrkor:

Inledande kommentar: Vi får inte glömma att verksamheten har många styrkor och att dessa ska värnas och byggas på.

Länssjukhus med mycket brett kliniskt underlag och med gott samarbete mellan olika specialiteter.

Gott klimat i läkargruppen där det alltid går att få stöd och hjälp om ST-läkaren ber om det. ST-läkarna upplever att de kan prata om svåra situationer och misstag.

Synnerligen engagerad studierektor som är mycket väl insatt i ST-utbildningen.

Mycket god tillgång till extern teoretisk utbildning och deltagande på större yrkesrelaterade sammankomster.

Genomtänkt introduktion som inkluderar regional utbildning ("Först i ST") med både ST-läkare och handledare.

Tillgång till smart QR-scanningsystem där ST-läkare och instruktörer snabbt kan få tillgång till digitala kompetensbedömningsinstrument.

God tillgång till prehospital ambulanshelikopter och prehospital utbildning.